

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. D. B. DENGAN
IDIOPATIK TROMBOSITOPENIA PURPURA (ITP) DI RUANG
CEMPAKA RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”



OLEH
KARLUS KIIK
NIM: PO.530320116339

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2019

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. D. B. DENGAN
IDIOPATIK TROMBOSITOPENIA PURPURA (ITP) DI RUANG
CEMPAKA RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”

Karya Tulis Ilmiah Disusun Dalam Rangka Menyelesaikan Ujian Akhir
Program Jurusan Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang



OLEH
KARLUS KIIK
NIM: PO.530320116339

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2019

LEMBARAN PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Karlus Kiik NIM: PO.530320116339 dengan judul
“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. D. B. DENGAN IDIOPATIK
TROMBOSITOPENIA PURPURA DI RUANGAN CEMPAKA RSUD PROF. DR.
W. Z. JOHANNES KUPANG” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Disusun Oleh



Karlus Kiik

NIM : PO.530320116339

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D III
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal 13 Juni 2019

Pembimbing



Era Dorihi Kale, Ns, M.Kep., Sp. Kep. MB

NIP : 197710211999032001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI KASUS “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. D. B. DENGAN
IDIOPATIK TROMBOSITOPENIA PURPURA (ITP) DI RUANG
CEMPAKA RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”**

Disusun Oleh :



Karlus Kiik

NIM: PO.530320116339

Telah Diuji Pada Tanggal, 13 Juni 2019

Dewan Penguji

Penguji I



Maria Sambriang, SST, MPH.
NIP: 196808311989032001

Penguji II



Era Dorihi Kale, Ns, M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP : 197710211999032001

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, S.Kp., M.Kes
NIP : 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP. 197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Karlus Kiik

NIM : PO.530320116339

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 13 Juni 2019

Pembuat Pernyataan



Karlus Kiik

NIM: PO.530320116339

Mengetahui

Pembimbing



Era Dorihi Kale, Ns, M.Kep., Sp.Kep.MB

NIP : 197710211999032001

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap : Karlus Kiik
Tempat tanggal lahir : Murae, 02 Juli 1975
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : Dubasa A, RT/RW 004/001, Desa Dafala, Kec.
Tasifeto Timur, Kab. Belu, Nusa Tenggara Timur
Riwayat Pendidikan :
1. Tamat SDK Webora tahun 1989
2. Tamat SMPK HTM Halilulik Tahun 1993
3. Tamat Sekolah Perawat Kesehatan Stella
Maris Tahun 1996
4. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Jurusan
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Kupang

MOTTO

“Usaha/Kerja Tanpa Ilmu Buta

Dan

Ilmu Tanpa Pendidikan Lumpuh.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Studi Kasus dengan “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. D. B.. DENGAN IDIOPATIK TROMBOSITOPENIA PURPURA (ITP) DI RUANG CEMPAKA RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”

Penulis menyadari dalam menyelesaikan Studi Kasus ini penulis banyak mengalami hambatan. Melalui kesempatan ini penulis dengan tulus hati menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Era Dorihi Kale, Ns, M.Kep., Sp.Kep.MB, selaku pembimbing sekaligus penguji II yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan totalitasnya sehingga Studi Kasus ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Ibu Maria Sambriang, SST, MPH, selaku penguji I yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
3. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan izin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
4. Ibu Margaretha Telly, S.Kep., Ns., MSc-PH, selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan yang telah meluangkan waktu, dan memberikan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
5. Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
6. Seluruh staf dosen dan tenaga kependidikan jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
7. Bapak drg. Mindo Sinaga, selaku Plt. Direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah menerima dan memberikan izin kepada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

8. Ns. Bergita Olivia Hali Samon, S.Kep., selaku Pembimbing Klinik/CI di Ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
9. Seluruh Perawat dan tenaga kesehatan lainnya di Ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang yang telah membantu penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
10. Istriku tercinta, Yuliana Rafu, dan anak-anakku tersayang (Rina, Reni, Angel, Kivon) yang dengan sabar selalu memberikan dukungan doa dan motivasi untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
11. Teman seperjuangan, Adrianus Mauk yang sudah membantu dalam penyusunan dan pengetikan dalam penyelesaian Studi Kasus ini.
12. Teman - teman angkatan 2016 yang selalu memberikan saran, dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini selanjutnya.

Kupang, 11 Juni 2019

Penulis

Abstrak

Asuhan Keperawatan Pada Nn. D. B. yang Menderita Idiopatik Trombositopenia Purpura (ITP) di Ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Karlus Kiik

Idiopatik Trombositopenia Purpura (ITP) merupakan kondisi dimana jumlah trombosit (bagian dari pembekuan darah) berkurang dari jumlah normalnya. Jika jumlah trombosit kurang dari 30.000/mL, bisa terjadi perdarahan abnormal meskipun biasanya gangguan baru timbul jika jumlah trombosit mencapai kurang dari 10.000/mL. Data dari RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang di ruangan Cempaka penderita dengan kasus ITP sejak 2 tahun terakhir yaitu 2017-2018 tidak ada. Dan pada periode Januari 2019 sampai dengan 30 April 2019 juga tidak ada penderita ITP. Tindakan pencegahan cedera pada ITP dilakukan untuk mencegah terjadinya perdarahan. Masa hidup trombosit normalnya 7 hari, pada ITP menjadi 2-3 hari. Apabila penderita ITP mengalami cedera akan mudah terjadi perdarahan karena trombosit yang berperan sebagai faktor koagulan berkurang dan mempengaruhi proses hemostasis normal, biasanya ditandai dengan petekia, ekimosis, mudah memar, perdarahan gusi, menoragia, perdarahan hidung spontan dan hematuria. Perdarahan intrakranial, jaringan lunak dan perdarahan mukosa karena trauma dapat menyebabkan kematian.

Tujuan umum dari penulisan Karya Tulis ilmiah ini adalah untuk mengetahui dan melaksanakan pencegahan perdarahan pada pasien dengan idiopatik trombositopenia purpura sesuai standar keperawatan. Tujuan khusus dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah menggambarkan pengkajian, analisa data, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rencana tindakan keperawatan, melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana asuhan keperawatan dan mengevaluasi tindakan keperawatan untuk pencegahan cedera pada anak dengan idiopatik trombositopenia purpura.

Hasil : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pasien tidak mengalami cedera atau perdarahan.

Kesimpulan : dari upaya pencegahan cedera atau perdarahan yang telah dilakukan pada Nn. D. B. dengan pelaksanaan asuhan keperawatan yang baik selama tiga hari maka didapatkan hasil bahwa Nn. D. B. masih mengalami cedera atau perdarahan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Idiopatik Trombositopenia Purpura (ITP).

DAFTAR ISI

Halaman Judul

Cover Luar	
Cover Dalam	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Pernyataan Keaslian Tulisan	iv
Biodata Penulis.....	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	3
1.3 Manfaat Studi Kasus	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Teori.....	5
2.1.1 Pengertian ITP	5
2.1.2 Etiologi ITP	6
2.1.3 Manifestasi klinis ITP	7
2.1.4 Patologi dan patofisiologi ITP	8
2.1.5 Penatalaksanaan medis ITP	9
2.1.6 Komplikasi ITP.....	11
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	12
2.2.1 Pengkajian	12
2.2.2 Diagnosa keperawatan	17
2.2.3 Intervensi keperawatan	18
2.2.4 Implementasi keperawatan	22
2.2.5 Evaluasi keperawatan	22
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	27
3.1 Hasil Studi Kasus	27
3.1.1 Pengkajian	27
3.1.2 Analisa data	29
3.1.3 Diagnosa keperawatan	29
3.1.4 Intervensi keperawatan	30
3.1.5 Implementasi keperawatan	31
3.1.6 Evaluasi keperawatan	34
3.2 Pembahasan	36
3.2.1 Pengkajian	36
3.2.2 Diagnosa keperawatan	37
3.2.3 Intervensi keperawatan	38
3.2.4 Implementasi keperawatan	39
3.2.5 Evaluasi keperawatan	40

BAB 4 PENUTUP	41
4.1 Kesimpulan	41
4.2 Saran	42
DAFTAR PUSTAKA	44
LAMPIRAN	45

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berbagai kelainan dapat terjadi pada tiap tingkat mekanisme hemostatik. Pasien dengan kelainan pada sistem vaskuler biasanya dengan perdarahan kulit, dan sering mengenai membran mukosa. Perdarahan dapat diklasifikasikan menjadi purpura alergik dan purpura nonalergik. Pada kedua keadaan ini, fungsi trombosit dan faktor koagulasi adalah normal. Terdapat banyak bentuk purpura nonalergik, yaitu pada penyakit-penyakit ini tidak terdapat alergi sejati tetapi terjadi berbagai bentuk vaskulitis. Yang paling sering ditemukan adalah lupus eritematosus sistemik. Kelainan ini merupakan penyakit vaskuler-kolagen, yaitu pasien membentuk autoantibodi. Vaskulitis atau peradangan pembuluh darah, terjadi dan merusak integritas pembuluh darah mengakibatkan purpura (Price & Wilson, 2009).

Jaringan penyokong pembuluh darah yang mengalami perburukkan dan tidak efektif yang terjadi seiring proses penuaan, mengakibatkan purpura senilis. Umumnya terlihat perdarahan kulit pada dorsum manus dan lengan bawah serta diperburuk oleh trauma. Kecuali mengganggu secara kosmetik, keadaan ini tidak membahayakan jiwa. Manifestasi kulit serupa juga terlihat pada terapi kortikosteroid jangka lama, yang diyakini diakibatkan dari katabolisme protein didalam jaringan penyokong pembuluh darah. Skorbut, yang berkaitan dengan malnutrisi, dan alkoholisme, sama-sama mempengaruhi integritas jaringan ikat dinding pembuluh darah. (Price & Wilson, 2009).

Trombositopenia merupakan kondisi dimana jumlah trombosit (bagian dari pembekuan darah) berkurang dari jumlah normalnya. Pada keadaan fisiologis normal, jumlah trombosit di dalam sirkulasi berkisar antara 150.000-400000/mm³, rata-rata berumur 7-10 hari kira-kira sepertiga dari jumlah trombosit di dalam sirkulasi darah mengalami penghancuran di dalam limpa oleh karena itu untuk mempertahankan jumlah trombosit supaya tetap normal, diproduksi 150.000-400000 sel trombosit per hari. Jika jumlah trombosit

kurang dari 30.000/mL, bisa terjadi perdarahan abnormal meskipun biasanya gangguan baru timbul jika jumlah trombosit mencapai kurang dari 10.000/mL. Price & Wilson, 2009).

Pada trombositopenia berat dapat mengakibatkan kematian akibat kehilangan darah atau perdarahan dalam organ-organ vital. Insiden untuk ITP adalah 50-100 juta kasus baru setiap tahun. Dengan anak melingkupi separuh daripada bilangan tersebut. Kejadian atau insiden Immune Trombositopenia Purpura diperkirakan lima kasus per 100.000 anak-anak dan kasus per 100.000 orang dewasa (Pearce & Evelyn, 2013).

Perawat diwajibkan untuk memahami dengan benar mengenai ITP agar dapat melakukan asuhan keperawatan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan. Selain itu melakukan usaha pencegahan untuk terjadinya cedera.

Dari data Sub Bagian Register RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang di ruangan Cempaka penderita dengan kasus ITP sejak 2 tahun terakhir yaitu 2017-2018 tidak ada . Dan pada periode Januari 2019 sampai dengan 30 April 2019 juga tidak ada penderita ITP. (Register Medis Ruangan Kananga, RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang, 2019). Dari data tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa kasus ITP merupakan kasus langka, sehingga penulis sangat tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan dengan judul “Asuhan Keperawatan Nn. D. B. dengan Ideopatik Thrombositopenia Purpura (ITP) di Ruangan Cempaka RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang”.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengetahui konsep dasar dan konsep asuhan keperawatan pada pasien ITP dan mampu mengaplikannya di ruangan Cempaka RSUD Prof. W. Z. Yohanes Kupang

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa dapat melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan ideopatik thrombositopenia purpura (ITP) di ruangan Cempaka RSUD Prof. W. Z. Yohanes Kupang

2. Mahasiswa dapat menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan ideopatik thrombositopenia purpura (ITP) di ruangan Cempaka RSUD Prof. W. Z. Yohanes Kupang
3. Mahasiswa dapat menentukan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan ideopatik thrombositopenia purpura (ITP) di ruangan Cempaka RSUD Prof. W. Z. Yohanes Kupang
4. Mahasiswa dapat melakukan tindakan keperawatan pada pasien dengan ideopatik thrombositopenia purpura (ITP) di ruangan Cempaka RSUD Prof. W. Z. Yohanes Kupang
5. Mahasiswa dapat melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan ideopatik thrombositopenia purpura (ITP) di ruangan Cempaka RSUD Prof. W. Z. Yohanes Kupang
6. Mahasiswa dapat melakukan pendokumentasian keperawatan pada pasien dengan ideopatik thrombositopenia purpura (ITP) di ruangan Cempaka RSUD Prof. W. Z. Yohanes Kupang

1.3 Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Bagi Diri Sendiri/Penulis

1. Penulis dapat mempraktikkan asuhan keperawatan khususnya pada anak dengan diagnosa medis ITP, mulai dari melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan rencana keperawatan yang telah dibuat, mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan dan melakukan pendokumentasian tindakan keperawatan.
2. Penulis dapat mengerti adanya kesenjangan antara teori dengan kasus nyata yang terjadi di lapangan.
3. Penulis dapat belajar bagaimana cara mengatasi hambatan yang ada dan menggunakan dukungan yang ada untuk mengatasi masalah kesehatan Nn. "D. B." yang muncul.

1.3.2 Bagi profesi keperawatan

1. Memberikan masukan tentang tinjauan teoritis tentang asuhan keperawatan pada anak dengan ITP

2. Memberikan masukan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada Nn. D. B. dengan diagnose medis ITP.

1.3.3 Bagi institusi

1. Poltekkes Kemenkes Kupang

Laporan Studi Kasus ini diharapkan dapat sebagai acuan bagi mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kupang pada khususnya, dan bagi para pengguna perpustakaan Poltekkes Kemenkes Kupang pada umumnya, serta Institusi yang berkepentingan yang membutuhkan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan ITP.

2. Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang

Memberi masukan (informasi) dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien yang berorientasi pada masalah kesehatan, guna memenuhi kebutuhan dasar manusia dengan pendekatan proses keperawatan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Pengertian Ideopatik Thrombositopenia Purpura (ITP)

ITP merupakan singkatan dari Idiopatik Trombositopenia Purpura. Idiopatik artinya penyebab yang tidak diketahui. Trombositopenia didefinisikan sebagai jumlah trombosit kurang dari $100.000/\text{mm}^3$. Jumlah trombosit yang rendah dapat merupakan akibat berkurangnya produksi atau meningkatnya penghancuran trombosit. Namun, umumnya tidak ada manifestasi klinis hingga jumlahnya kurang dari $100.000/\text{mm}^3$ dan lebih lanjut dipengaruhi oleh keadaan-keadaan lain yang mendasari atau yang menyertai, seperti leukemia atau penyakit hati. (Price & Wilson, 2009).

Trombositopenia artinya berkurangnya jumlah trombosit dalam darah atau darah tidak mempunyai platelet yang cukup. Purpura artinya perdarahan kecil yang ada di dalam kulit, membrane mukosa atau permukaan serosa (Dorland, 2009 :).

Klasifikasi ITP adalah sebagai berikut (Wiwik dan Sulisty, 2008) :

1. Akut
 - a. Pada anak-anak dan dewasa muda
 - b. Riwayat infeksi virus 1-3 minggu sebelumnya
 - c. Gejala Pendarahan bersifat mendadak
 - d. Lama penyakit 2-6 minggu atau 6 bulan, jarang lebih dan remisi spontan pada 80% kasus
 - e. Tidak dijumpai kekambuhan berikutnya.
2. Kronik
 - a. Paling banyak terjadi pada wanita muda dan pertengahan
 - b. Jarang terdapat riwayat infeksi sebelumnya
 - c. Gejala pendarahan bersifat menyusup, pada wanita berupa menomethoragi
 - d. Trombositopenia berlangsung lebih dari 6 bulan setelah diagnosis

- e. Jumlah trombosit tetap di bawah normal selama penyakit.
- f. Jarang terjadi remisi spontan

2.1.2 Etiologi Ideopatik Thrombositopenia Purpura (ITP)

Penyakit ini diduga melibatkan reaksi autoimun, dimana tubuh menghasilkan antibodi yang menyerang trombositnya sendiri. Dalam kondisi normal, antibodi adalah respons tubuh yang sehat terhadap bakteri atau virus yang masuk ke dalam tubuh. Tetapi untuk penderita ITP, antibodinya bahkan menyerang sel-sel keping darah tubuhnya sendiri. Meskipun pembentukan trombosit sumsum tulang meningkat, persediaan trombosit yang ada tetap tidak dapat memenuhi kebutuhan tubuh. Pada sebagian besar kasus, diduga bahwa ITP disebabkan oleh sistem imun tubuh.

Secara normal sistem imun membuat antibodi untuk melawan benda asing yang masuk ke dalam tubuh. Pada ITP, sistem imun melawan platelet dalam tubuh sendiri. Alasan sistem imun menyerang platelet dalam tubuh masih belum diketahui. ITP kemungkinan juga disebabkan oleh hipersplenisme, infeksi virus, intoksikasi makanan atau obat atau bahan kimia, pengaruh fisik (radiasi, panas), kekurangan factor pematangan (misalnya malnutrisi), koagulasi intravascular diseminata (KID) dan autoimun. Berdasarkan etiologi, ITP dibagi menjadi 2 yaitu primer (idiopatik) dan sekunder. Selain itu, ITP juga terjadi pada pengidap HIV. Sedangkan obat-obatan seperti heparin, minuman keras, quinidine, sulfonamides juga boleh menyebabkant thrombositopenia. Penyebab dari ITP kemungkinan dari (Kapita Selekt, 2008 :1035) :

1. Intoksikasi makanan atau obat (asetosal para amino salisilat (PAS). Fenil butazon, diamokkina, sedormid).
2. Mungkin bersifat kongenital atau akuisita (didapat)
3. Penurunan produksi trombosit defektif didalam sumsum tulang
4. Peningkatan proses penghancuran trombosit diluar sumsum tulang yang disebabkan penyakit atau gangguan lain (seperti sirosis hati, koagulasi intravaskular, diseminata)
5. Sekuestrasi (hipersplenisme, hipotermia) atau kehilangan trombosit

6. Kejadian berulang setelah infeksi virus, seperti virus epstein-barr atau mononukleosis infeksius, virus demam berdarah.

2.1.3 Manifestasi Klinik Ideopatik Thrombositopenia Purpura (ITP)

Tanda dan gejala yang ditemukan menurut Price & Wilson (2009) yaitu :

1. Ekimosis merupakan : perdarahan yang memanjang dan semakin bertambah dengan kadar trombosit kurang dari $50.000/\text{mm}^3$.
2. Ptekie merupakan titik perdarahan yang dapat dilihat pada permukaan kulit atau pada potongan permukaan organ. Merupakan manifestasi utama dengan jumlah trombosit kurang dari $30.000/\text{mm}^3$
3. Purpura merupakan keadaan yang ditandai dengan bercak-bercak perdarahan yang tersebar luas.
4. Terjadi perdarahan pada mukosa, jaringan dalam, dan intracranial dengan jumlah trombosit kurang dari $20.000/\text{mm}^3$ dan memerlukan tindakan segera untuk mencegah perdarahan dan kematian.
5. Vesikel atau bulae yang bersifat hemoragik
Lepuhan kecil berisi cairan yang berdiameter kurang dari 0,5 cm. Sedangkan bulae merupakan lesi menonjol melingkar ($> 0,5$ cm) yang berisi cairan serosa di atas dermis.
6. Epitaksis dan pendarahan gusi
Epitaksis terjadi sebagai gejala awal pada sepertiga dari penderita anak-anak.
7. Menometroraghia
Bentuk campuran dari menoragia dan metroragia, menoragia merupakan perdarahan haid dalam jumlah yang melebihi 80 ml. Sedangkan metroragia yaitu terjadinya perdarahan berupa bercak bercak diluar siklus haid.
8. Hematuri
kondisi di mana urin mengandung darah atau sel-sel darah merah. Keberadaan darah dalam urin biasanya akibat perdarahan di suatu tempat di sepanjang saluran kemih. Pendarahan traktus urinarius cukup jarang terjadi pada penderita ITP.

9. Melenas

Pengeluaran feses atau tinja yang berwarna hitam seperti akibat pendarahan pada saluran pencernaan.

10. Pendarahan intrakranial (merupakan penyulit berat, terjadi 1% pada kasus)

11. Tidak ada limfadenopati

Limfadenopati merupakan proses penyakit yang menyerang satu atau beberapa kelenjar getah bening.

12. Splenomegali ringan, pembesaran limpa dua kali ukuran normal

Merupakan bentuk patologi, pembesaran pada limpa terjadi karena adanya peningkatan jumlah sel fagosit dan jumlah sel darah. Limpa memiliki peranan penting dalam patogenesis pada ITP. Limpa merupakan tempat utama produksi antibodi antitrombosit dan destruksi trombosit yang dilapisi oleh Ig G.

2.1.4 Patologi dan Patofisiologis Ideopatik Thrombositopenia Purpura (ITP)

Kerusakan trombosit pada ITP melibatkan autoantibody terhadap gliko protein yang terdapat pada membran trombosit. Penghancuran terjadi terhadap trombosit yang diselubungi antibody, hal tersebut dilakukan oleh makrofag yang terdapat pada limpa dan organ retikulo endotelial lainnya. Megakariosit pada sumsum tulang bisa normal atau meningkat pada ITP. Sedangkan kadar trombopoietin dalam plasma, yang merupakan progenitor proliferasi dan maturasi dari trombosit mengalami penurunan yang berarti, terutama pada ITP kronis. Adanya perbedaan secara klinis maupun epidemiologis antara ITP akut dan kronis, menimbulkan dugaan adanya perbedaan mekanisme patofisiologi terjadinya trombositopenia diantara keduanya. Pada ITP akut, telah dipercaya bahwa penghancuran trombosit meningkat karena adanya antibody yang dibentuk saat terjadi respon imun terhadap infeksi bakteri atau virus atau pada imunisasi, yang bereaksi silang dengan antigen dari trombosit.

Mediator lainnya yang meningkat selama terjadinya respon imun terhadap produksi trombosit. Sedangkan pada ITP kronis mungkin telah terjadi gangguan dalam regulasi sistem imun seperti pada penyakit autoimun lainnya yang berakibat terbentuknya antibodi spesifik terhadap antibodi. Saat ini telah

didefinisikan (GP) permukaan trombosit pada ITP, diantaranya GP Ib-lia, GP Ib, dan GP V. Namun bagaimana antibodi antitrombosit meningkat pada ITP, perbedaan secara pasti patofisiologi ITP akut dan kronis, serta komponen yang terlibat dalam regulasinya masih belum diketahui.

Gambaran klinik ITP yaitu:

1. Onset pelan dengan perdarahan melalui kulit atau mukosa berupa : *petechie, echymosis, easy bruising*, menorrhagia, epistaksis, atau perdarahan gusi.
2. Perdarahan SSP jarang terjadi tetapi dapat berakibat fatal.
3. Splenomegali pada <10% kasus. (Wiwik Handayani, 2008)

2.1.5 Penatalaksanaan Ideopatik Thrombositopenia Purpura (ITP)

1. Pengobatan

Terapi untuk mengurangi proses imun sehingga mengurangi kerusakan trombosit sebagai berikut :

a. ITP Akut

- 1) Ringan: observasi tanpa pengobatan akan sembuh spontan.
- 2) Bila setelah 2 minggu tanpa pengobatan jumlah trombosit belum naik, maka berikan kortikosteroid. Terapi awal prednison dosis 0,5-1,2 mg/kgBB/hari selama 2 minggu. Respon terapi prednisone terjadi dalam 2 minggu dan pada umumnya terjadi dalam minggu pertama, bila respon baik dilanjutkan sampai satu bulan.
- 3) Bila tidak berespon terhadap kortikosteroid, maka berikan immunoglobulin per IV. Immunoglobulin intravena dosis 1g/kg/hr selama 2-3 hari berturut-turut digunakan bila terjadi pendarahan internal, saat AT (antibodi trombosit) <5000/ml meskipun telah mendapat terapi kortikosteroid dalam beberapa hari atau adanya purpura yang progresif. Bila keadaan gawat, maka diberikan transfuse suspensi trombosit.

b. ITP Kronis

1. Kortikosteroid diberikan selama 5 bulan.
Misal: prednisone 2 – 5 mg/kgBB/hari peroral. Bila tidak berespon

terhadap kortikosteroid berikan immunoglobulin (IV).

2. Imunosupresan: 6 – merkaptopurin 2,5 – 5 mg/kgBB/hari peroral.

a) Azatioprin 2 – 4 mg/kgBB/hari per oral.

b) Siklofosfamid 2 mg/kgBB/hari per oral.

Jika dalam 3 bulan tidak memberi respon pada kortikosteroid (AT <30.000/ μ L) atau perlu dosis pemeliharaan yang tinggi maka diperlukan:

3. Splenektomi

Indikasi:

a) Resisten terhadap pemberian kortikosteroid dan imunosupresif selama 3 bulan.

b) Remisi spontan tidak terjadi dalam waktu 6 bulan pemberian kortikosteroid saja dengan gambaran klinis sedang sampai berat.

c) Penderita yang menunjukkan respon terhadap kortikosteroid namun perlu dosis tinggi untuk mempertahankan klinis yang baik tanpa perdarahan.

Kontra indikasi:

Anak usia sebelum 2 tahun: fungsi limpa terhadap infeksi belum dapat diambil alih oleh alat tubuh yang lain (hati, kelenjar getah bening dan thymus)

a) Pemberian Ig anti G 70 μ g/kg

b) Terapi suportif, terapi untuk mengurangi pengaruh trombositopenia

(1) Pemberian androgen (danazol)

(2) Pemberian high dose immunoglobulin (IgIV 1 mg/kg/hari selama 2

(3) Hari berturut-turut) untuk menekan fungsi makrofag dan meningkatkan AT dengan cepat.

(4) Pemberian metil prednisolon jika pasien resisten terhadap prednison

(5) Transfusi konsentrat trombosit hanya dipertimbangkan pada

penderita dengan risiko perdarahan akut.

2. Preventif

Tindakan preventif ini untuk mencegah terjadinya komplikasi dan meningkatnya tingkat keparahan.

- a. Membatasi gerakan fisik
- b. Mencegah pendarahan akibat trauma
- c. Melindungi dari luka yang dapat menyebabkan memar atau pendarahan
- d. Menghindari obat – obatan seperti aspirin atau ibuprofen yang dapat mempengaruhi platelet dan meningkatkan risiko pendarahan
- e. Menghindari obat penekan fungsi trombosit
- f. Melakukan terapi yang benar untuk infeksi yang mungkin dapat berkembang
- g. Konsultasi ke dokter jika ada beberapa gejala infeksi, seperti demam.
Hal ini penting bagi pasien dewasa dan anak-anak dengan ITP yang sudah tidak memiliki limfa.

2.1.6 Komplikasi Pengertian Ideopatik Thrombositopenia Purpura (ITP)

1. Reaksi transfusi

Merupakan keadaan kegawatdaruratan hematologik, pada ITP dapat terjadi pendarahan mayor jika trombosit $< 10.000/\text{mm}^3$. Dalam pemberian tranfusi memang harus dalam pengawasan ketat. Reaksi transfusi dapat mengakibatkan reaksi anafilaksis. Terjadi karena pemberian dara mengandung Ig A pada penderita tergolong defisiensi Ig A konginetal, yang telah mendapat sensitisasi terhadap Ig A sebelumnya melalui tranfusi kehamilan. Reaksi dapat terjadi dalam bentuk urtikaria dan bronkospasme.

2. Relaps

Merupakan kambuh berulang atau gagal dalam pengobatan, dan pada dewasa perlu dilakukan splenektomi. Relaps dapat terjadi karena tidak berespon terhadap kortikostroid dan imunoglobulin IV.

3. Perdarahan susunan saraf pusat

Misalnya pendarahan pada subdural, kurang dari 1% penderita yang

mengalami ini dari kasus yang terkena.

4. Kematian

Trombositopenia berat yang mengancam kehidupan ditemukan bila jumlah trombosit $< 10.000/\text{mm}^3$.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian menurut Wiwik dan Sulisty (2008) antara lain :

1. Data subjektif

a. Identitas Klien

1) Nama klien

2) Nomer RM

3) Umur

ITP kronik umumnya terdapat pada orang dewasa dengan usia rata-rata 40-45 tahun.

4) Jenis kelamin

Rasio antara perempuan dan laki-laki adalah 1:1 pada pasien ITP akut sedangkan pada ITP kronik adalah 2-3:1.

5) Status perkawinan

6) Pekerjaan

7) Agama

8) Alamat

9) Tanggal MRS

10) Diagnosa Medis

Diagnosa medis dapat ditegakkan dengan pemeriksaan penunjang, tidak bisa hanya dengan manifestasi klinik yang ada.

11) Tanggal MRS, Jam MRS

12) Tanggal Pengkajian, Jam Pengkajian

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama :

a) Ptekie

Bintik-bintik kemerahan yang muncul akibat pendarahan dibawah

kulit, keluarnya darah dari pembuluh darah ke dermis, dan ruam tidak memucat bila ditekan. Nilai petekie kurang dari 5 mm apabila memucat ketika ditekan. Sedangkan lebih dari 5 mm disebut purpura. Petekie ditemukan bila jumlah trombosit $< 30.000/\text{mm}^3$.

b) Ekimosis

Darah yang terperangkap di jaringan bawah kulit dan gejala ini terjadi mendadak pada penderita ITP. Ekimosis yang bertambah dan perdarahan yang lama akibat trauma ringan ditemukan pada jumlah $< 50.000/\text{mm}^3$.

c) Vesikel atau bulae yang bersifat hemoragik

Lepuhan kecil berisi cairan yang berdiameter kurang dari 0,5 cm. Sedangkan bulae merupakan lesi menonjol melingkar ($> 0,5$ cm) yang berisi cairan serosa di atas dermis.

d) Perdarahan dibawah membran mukosa (saluran GI, kemih, genital, respirasi)

2) Riwayat penyakit sekarang

a) Epitaksis

Sering disebut juga mimisan yaitu satu keadaan pendarahan dari hidung yang keluar melalui lubang hidung akibat adanya kelainan lokal pada rongga hidung ataupun karena kelainan yang terjadi di tempat lain dari tubuh.

b) Menoragia

Periodik menstruasi yang terjadi pendarahan berat atau berkepanjangan (abnormal), periode inilah yang menyebabkan kehilangan banyak darah dan dapat juga disertai kram.

c) Malaise

Keluhan utama dapat disertai malaise yaitu anoreksia, nafsu makan menurun dan kelelahan, dan kelemahan. Kelemahan dapat terjadi dengan atau tanpa disertai saat pendarahan terjadi akibat kekurangan suplai darah tidak seimbang dengan kebutuhan.

d) Menometroraghia

Bentuk campuran dari menoragia dan metroragia, menoragia merupakan perdarahan haid dalam jumlah yang melebihi 80 ml. Sedangkan metroragia yaitu terjadinya perdarahan berupa bercak bercak diluar siklus haid.

3) Riwayat penyakit dahulu

Pada trombositopenia akuista, kemungkinan penggunaan satu atau beberapa obat penyebab trombositopenia (heparin, kuinidin, kuinin, antibiotik yang mengandung sulfa, beberapa obat diabetes per-oral, garam emas, rifampin).

4) Riwayat penyakit keluarga

ITP juga memiliki kecenderungan genetik pada kembar monozigot dan pada beberapa keluarga, serta telah diketahui adanya kecenderungan menghasilkan autoantibodi pada anggota keluarga yang sama.

c. Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola persepsi terhadap kesehatan

Terjadi perubahan karena defisit perawatan diri akibat kelemahan, sehingga menimbulkan masalah kesehatan lain yang juga memerlukan perawatan yang serius akibat infeksi.

2) Pola nutrisi metabolisme

Penderita pada umumnya kehilangan nafsu makan, dan sering terjadi pendarahan pada saluran pencernaan.

3) Pola eliminasi.

Pola ini biasanya terjadi perubahan pada eliminasi akut karena asupan nutrisi yang kurang sehingga penderita biasanya tidak bisa BAB secara normal. Terjadi melena dan hematuria adalah hal yang sering dihadapi klien.

4) Pola istirahat-tidur.

Gangguan kualitas tidur akibat perdarahan yang sering terjadi.

5) Pola aktivitas latihan

Penderita terjadi kelelahan umum dan kelemahan otot, kelelahan, nyeri akan mempengaruhi aktifitas pada penderita ITP.

6) Pola persepsi diri

Adanya kecemasan, menyangkal dari kondisi, ketakutan dan mudah terangsang, perasaan tidak berdaya dan tidak punya harapan untuk sembuh.

7) Pola kognitif perseptual

Perubahan status kesehatan dapat mempengaruhi kemampuan panca indra penglihatan dan pendengaran akibat dari efek samping obat pada saat dalam tahap penyembuhan.

8) Pola toleransi koping stress

Adanya ketidakefektifan dalam mengatasi masalah individu dan keluarga pada klien.

9) Pola reproduksi seksual Pada umumnya terjadi penurunan fungsi seksualitas pada penderita ITP.

10) Pola hubungan peran

Terjadi keadaan yang sangat mengganggu hubungan interpersonal karena klien dengan ITP dikenal sebagai penyakit yang menakutkan.

11) Pola nilai dan kepercayaan

Timbulnya distress spiritual pada diri penderita, bila terjadi serangan yang hebat atau penderita tampak kurang sehat.

2. Data Obyektif

a. Keadaan Umum

Penderita dalam kelemahan, composmentis, apatis, stupor, somnolen, soporo coma dan coma. Penilaian GCS sangat penting untuk diperhatikan.

Tanda vital : suhu meningkat, takikardi, takipnea, dyspnea, tekanan darah sistolik meningkat dengan diastolik normal.

b. Pemeriksaan Fisik (B1-B6)

Breathing (B1)

Inspeksi : Adanya dispnea, takipnea, sputum mengandung darah, terjadipendarahan spontan pada hidung

Palpasi : Kemungkinan vokal vrementus menurun akibat kualitas pernapasan buruk karena pendarahan pada saluran respirasi

Perkusi : Suara paru sonor atau pekak

Auskultasi : Adanya suara napas tambahan wheezing atau ronchi yang muncul akibat dari komplikasi gejala lain.

Blood (B2)

Inspeksi : Adanya hipertensi, hemoraghi subkutan, hematoma dan Sianosis akral. Adanya ptekie atau ekimosis pada kulit, purpura.

Palpasi : Penghitungan frekuensi denyut nadi meliputi irama dan kualitas denyut nadi, denyut nadi perifer melemah, hampir tidak teraba. Takikardi, adanya petekie pada permukaan kulit. Palpitasi (sebagai bentuk takikardia kompensasi).

Perkusi : Kemungkinan adanya pergeseran batas jantung

Auskultasi : Bunyi jantung abnormal, tekanan darah terjadi peningkatan sistolik, namun normal pada diastolik.

Brain (B3)

Inspeksi : Kesadaran biasanya compos mentis, sakit kepala, perubahan tingkat kesadaran, gelisah dan ketidakstabilan vasomotor.

Bladder (B4)

Inspeksi : Adanya hematuria (kondisi di mana urin mengandung darah atau sel-sel darah merah. Keberadaan darah dalam urin biasanya akibat perdarahan di suatu tempat di sepanjang saluran kemih.

Palpasi : Kemungkinan ada nyeri tekan pada kandung kemih karena distensi sebagai bentuk komplikasi

Bowel (B5)

Inspeksi : Klien biasanya mengalami mual muntah penurunan nafsu makan, dan peningkatan lingkaran abdomen akibat pembesaran limpa. Adanya hematemesis dan melena.

Palpasi : Adakah nyeri tekan abdomen, splenomegali, pendarahan pada

saluran cerna

Perkusi : Bunyi pekak deteksi adanya pendarahan pada daerah dalam abdomen

Auskultasi : Terdengar bising usus menurun (normal 5-12x/menit).

Bone (B6)

Inspeksi : Kemungkinan adanya nyeri otot sendi dan punggung, aktivitas mandiri terhambat, atau mobilitas dibantu sebagian akibat kelemahan.

Toleransi terhadap aktivitas sangat rendah.

2. Pemeriksaan Diagnostik (Wiwik dan Sulisty, 2008)

a. Pemeriksaan DL :

1. jumlah trombosit rendah hingga mencapai $100.000 / \text{mm}^3$ (normal $150.000-350.000 / \text{mm}^3$)
2. Penurunan hemoglobin
3. Kadar trombopoietin tidak meningkat
- b. Masa koagulasi untuk PT dan PTT memanjang
- c. Foto toraks dan uji fungsi paru
- d. Tes kerapuhan kapiler meningkat
- e. Skrining antibodi
- f. Aspirasi sumsum tulang, menunjukkan peningkatan jumlah megakariosit
- g. Tes sensitif menunjukkan IgG antitrombosit pada permukaan trombosit atau dalam serum

2.2.2 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015-2017)

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk suplai oksigen
2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi
3. Nyeri berhubungan dengan agen biologis (splenomegali)
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan intake nutrisi tidak adekuat
5. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik
6. Risiko tinggi cedera berhubungan dengan meningkatnya kerentanan

pendarahan

7. Defisit pengetahuan mengenai kondisi dan pencegahan berhubungan dengan kurangnya informasi
8. Ansietas berhubungan dengan defisit pengetahuan mengenai kondisi dan pencegahan

2.2.3 Rencana Keperawatan Berdasarkan NOC & NIC Edisi 8

Diagnosa 1 : Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk suplai oksigen

Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam menunjukkan perbaikan perfusi jaringan

Kriteria Hasil : Tidak ada atau penurunan takipneu dan menunjukan TTV stabil

Intervensi :

1. Observasi secara berkala adanya dispnea, takipnea, adanya bunyi nafas tak normal atau menurun, terbatasnya ekspansi dinding dada.
2. Observasi perubahan pada tingkat kesadaran yang dapat terjadi secara tiba-tiba
3. Pantau adanya sianosis dan perubahan pada warna kulit termasuk membrane mukosa dan kuku.
4. Tinggikan kepala tempat tidur sesuai toleransi
5. Tingkatkan tirah baring atau batasi latihan fisik dan bantu aktifitas perawatan diri sesuai keperluan
6. Berikan oksigen sesuai kebutuhan dan indikasi
7. Kolaborasi : Pemberian Kortikosteroid, terapi awal prednison dosis 0,5-mg/kgBB/hari selama 2 minggu.

Diagnosa 2 : Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi

Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam menunjukkan perbaikan integritas kulit.

Kriteria Hasil :

1. Integritas kulit baik dapat dipertahankan

2. Tidak ada lesi pada kulit
3. Klien dapat mengidentifikasi faktor risiko atau perilaku untuk mencegah cedera dermal

Intervensi :

1. Bina hubungan saling percaya pada klien saat pemeriksaan
2. Observasi integritas kulit, catat perubahan pada turgor
3. Observasi kualitas petekie, ekimosis dan purpura yang muncul
4. Pantau adanya sianosis dan perubahan pada warna kulit termasuk membrane mukosa dan kuku.
5. Jelaskan gejala dari proses penyakit untuk mencegah ansietas
6. Berikan kebersihan lingkungan dan tempat tidur klien yang kering dan hindari kelembapan
7. Batasi aktivitas dan hindarkan dari benda-benda berbahaya dan tajam
8. Anjurkan dan bantu untuk sering mengubah posisi.
9. Programkan jad wal dan bantu untuk latihan rentang gerak aktif atau pasif secara bertahap sesuai indikasi
10. Kolaborasi pemberian terapi
11. Gunakan alat pelindung atau alas dengan bahan khusus, misalnya pada tempat tidur dengan sprei bahan lembut dan tidak panas.
12. Pantau integritas kulit secara berkala, petekie, ekimosis dan purpura

Diagnosa 3 : Nyeri berhubungan dengan agen biologis (splenomegali)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit nyeri berkurang dan terkontrol

Kriteria Hasil :

1. TTV dalam batas normal
2. Nyeri hilang atau berkurang
3. Klien dapat mengontrol nyeri
4. Dapat mempraktekkan manajemen nyeri

Intervensi :

1. Bina hubungan saling percaya dengan klien
2. Observasi keluhan nyeri, catat lokasi dan intensitas (skala 0-10). Catat

faktor-faktor yang memperberat nyeri.

3. Ajarkan teknik manajemen nyeri, dengan distraksi dan pengalihan perhatian.
4. Tinggikan tempat tidur sesuai kebutuhan
5. Anjurkan dan bantu untuk sering mengubah posisi.
6. Bantu untuk bergerak di tempat tidur, hindari gerakan yang menyentak.
7. Kolaborasi pemberian analgetik
8. Lakukan pemeriksaan laboratorium darah lengkap
9. Kolaborasi : Lakukan uji antibodi trombosit dengan tes sensitif
10. Pantau daerah nyeri pada lokasi splenomegali
11. Pantau kualitas nyeri terhadap perkembangan pengobatan

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi tidak adekuat

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam nutrisi seimbang

Kriteria hasil :

1. Klien mengatakan nafsu makan meningkat.
2. Berat badan stabil
3. Klien terlihat dapat menghabiskan porsi makan yang di sediakan.

Intervensi

1. Dokumentasikan status nutrisi klien, catat turgor kulit, berat badan, saat ini dan tingkat kehilangan berat badan , integritas mukosa mulut, tonus perut riwayat nausea, vomitus atau diare. monitor intake output serta berat badan secara terjadwal.
2. Berikan perawatan mulut sebelum dan sesudah makan
3. Anjurkan makanan sedikit tapi sering dengan diet tinggi kalori tinggi protein (TKTP).
4. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan dari rumah terutama yang di sukai oleh klien dan makan bersama klien jika tidak ada kontra indikasi.
5. Anjurkan pada ahli gizi untuk menentukan untuk komposisi diet.
6. Programkan diet kaya vitamin K, dominasi menu sayur-sayuran hijau

7. Hindarkan dari segala jenis makanan mengandung MSG
8. Monitor pemeriksaan laboratorium misal BUN serum protein dan albumin.
9. Berikan vitamin sesuai indikasi

Diagnosa 5 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam klien menunjukkan toleransi aktifitas

Kriteria hasil

1. Menunjukkan peningkatan toleransi aktivitas sesuai indikasi
2. TTV stabil saat beraktivitas
3. Kadar Hb dalam batas normal

Intervensi :

- 1) Bina hubungan saling percaya pada klien
- 2) Observasi kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas normal, catat laporan kelemahan, kelelahan.
- 3) Pantau TD, nadi, dan pernafasan saat sebelum, selama dan sesudah aktivitas
- 4) Berikan lingkungan yang tenang dalam proses keperawatan
- 5) Ajarkan dan bantu untuk sering mengubah posisi dengan perlahan tanpa gerakan menyentak
- 6) Pantau adanya pusing dan penurunan kesadaran
- 7) Kolaborasi pemeriksaan darah lengkap secara berkala
- 8) Pantau kadar hemoglobin secara teratur
- 9) Jadwalkan program latihan sesuai indikasi
- 10) Pantau status nutrisi dan programkan diet kaya zat besi

Diagnosa 6 : Risiko cedera berhubungan dengan meningkatnya kerentanan pendarahan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam klien melakukan aktivitas dengan terhindar dari resiko cedera

Kriteria hasil

1. Klien terbebas dari cedera
2. Klien mampu memahami dan mempraktekkan cara atau metode untuk

mencegah cedera

3. Klien dan keluarga mampu menjelaskan faktor resiko dari lingkungan atau perilaku personal untuk menghindari cedera
4. Mampu memodifikasi gaya hidup dengan aktivitas sederhana bebas resiko cedera
5. Mampu mengenali perubahan status yang ada

Intervensi :

1. Kondisikan lingkungan yang aman dan tenang untuk pasien
2. Identifikasi kebutuhan keamanan klien, sesuai dengan kondisi fisik dan fungsi kognitif pasien dan riwayat penyakit terdahulu pasien.
3. Memodifikasi lingkungan yang berbahaya dan jauhkan dari benda benda tajam
4. Memasang side rail tempat tidur
5. Menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih
6. Memberikan penerangan yang cukup dan menempatkan saklar lampu ditempat yang mudah dijangkau pasien.
7. Anjurkan dan diskusikan dengan keluarga untuk melakukan pengawasan aktivitas pada klien
8. Berikan penjelasan pada pasien dan keluarga atau pengunjung adanya perubahan status kesehatan dan penyebab penyakit.

2.2.4 Implementasi dan Evaluasi

Diagnosa 1 : Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk suplai oksigen

Implementasi :

1. Mengobservasi secara berkala adanya dispnea, takipnea, bunyi nafas menurun
2. Mengobservasi perubahan tingkat kesadaran
3. Memantau adanya sianosis dan perubahan pada kulit, membran mukosa, kuku
4. Meningkatkan posisi kepala sesuai toleransi
5. Meningkatkan tirah baring dan
6. Membatasi aktivitas fisik dan bantu perawatan diri sesuai kebutuhan
7. Memberikan oksigen sesuai indikasi

8. Melakukan kolaborasi kortikosteroid, prednison dosis 0,5-1,2 mg/kgBB/hari

Evaluasi :

1. TTV dalam batas normal
2. Tidak ada takipnea
3. Tidak ada sianosis
4. Klien kooperatif dalam proses perawatan
5. Klien tidak mengalami penurunan kesadaran

Diagnosa 2 : Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi

Implementasi :

1. Membina hubungan saling percaya
2. Mengobservasi integritas kulit, catat perubahan turgor
3. Memantau kualitas petekie, ekimosis dan purpura
4. Memantau perubahan warna kulit termasuk membran mukosa dan kuku
5. Menjelaskan proses dari gejala penyakit yang muncul
6. Memberikan lingkungan yang bersih dan tidak lembab
7. Membatasi aktivitas, hindarkan dari benda berbahaya
8. Melakukan kolaborasi

Evaluasi :

1. Tidak ada luka atau lesi pada kulit
2. Integritas kulit baik dapat dipertahankan
3. Klien dapat mengidentifikasi faktor resiko atau perilaku untuk mencegah cedera dermal
4. Petekie atau ekimosis berkurang
5. Tidak terjadi perdarahan.

Diagnosa 3 : Nyeri berhubungan dengan cedera agen biologis (splenomegali)

Implementasi :

1. Membina hubungan saling percaya dengan klien
2. Mengobservasi keluhan nyeri, catat intensitas dan lokasi nyeri
3. Mengajarkan manajemen nyeri dengan teknik distraksi dan pengalihan perhatian

4. Mengajarkan dan bantu untuk sering mengubah posisi
5. Mengajarkan dan bantu bergerak ditempat tidur tanpa gerakan menyentak
6. Melakukan kolaborasi lakukan pemeriksaan laboratorium darah lengkap, uji antibodi trombosit dengan tes sensitif, pemberian immunosupresan : Siklofosfamid 2 mg/kgBB/hari per oral
7. Kolaborasi analgesik sesuai indikasi dan advice dokter
8. Pantau keluhan nyeri terhadap perkembangan pengobatan

Evaluasi :

1. TTV dalam batas normal
2. Nyeri berkurang atau hilang
3. Klien dapat mengontrol nyeri
4. Klien dapat mempraktekkan manajemen nyeri

Diagnosa 4 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan intake nutrisi tidak adekuat

Implementasi :

1. Pantau status nutrisi dan BB klien
2. Monitor intake dan output
3. Perawatan mulut sebelum dan sesudah makan
4. Anjurkan dan programkan makan sedikit tapi sering
5. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan diet
6. Programkan diet kaya vitamin K, dominasi menu sayuran hijau
7. Hindarkan makanan dengan MSG
8. Monitor pemeriksaan BUN serum protein dan albumin

Evaluasi :

1. Nafsu makan klien meningkat
2. Tidak mengalami penurunan BB
3. Klien mengikuti diet yang diprogramkan
4. Klien menghabiskan porsi makan

Diagnosa 5 : Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik dan perubahan nutrisi

Implementasi :

1. Bina hubungan saling percaya
2. Observasi kemampuan klien untuk melakukan aktifitas normal, catat laporan kelemahan, kelelahan saat beraktifitas
3. Pantau TD, nadi, dan pernafasan saat sebelum, selama dan sesudah aktivitas
4. Bantu untuk sering klien mengubah posisi dengan perlahan tanpa gerakan menyentak
5. Pantau adanya pusing dan penurunan kesadaran
6. Kolaborasi pemeriksaan darah lengkap
7. Pantau kadar Hb pada klien
8. Jadwalkan program latihan sesuai indikasi
9. Pantau status nutrisi dan programkan diet kaya zat besi

Evaluasi :

1. TTV dalam batas normal saat sebelum, selama dan sesudah melakukan aktifitas
2. Kadar Hb stabil dan tidak mengalami penurunan
3. Klien mengalami peningkatan toleransi aktivitas sesuai indikasi
4. Klien melakukan program latihan yang dijadwalkan

Diagnosa 6 : Risiko cedera berhubungan dengan meningkatnya kerentanan pendarahan

Implementasi :

1. Bina hubungan saling percaya pada klien
2. Kondisikan lingkungan yang aman dan tenang untuk klien
3. Identifikasikan kebutuhan keamanan klien, sesuai dengan kondisi fisik dan fungsi kognitif pasien dan riwayat penyakit terdahulu
4. Modifikasi lingkungan yang berbahaya dan jauhkan benda-benda tajam
5. Memasang side rail tempat tidur
6. Diskusikan dengan keluarga untuk melakukan pengawasan terhadap aktifitas klien
7. Berikan penerangan yang cukup dan menempatkan saklar lampu ditempat yang mudah dijangkau klien

8. Berikan penjelasan pada klien dan keluarga atau pengunjung adanya perubahan status kesehatan dan penyebab penyakit

Evaluasi :

1. Klien terbebas dari cedera
2. Klien mampu memahami dan mempraktekkan cara atau metode untuk mencegah cedera
3. Klien dan keluarga mampu menjelaskan faktor resiko dari lingkungan atau perilaku personal untuk menghindari cedera
4. Mampu memodifikasi gaya hidup dengan aktivitas sederhana bebas resiko cedera
5. Memahami perubahan status kesehatan

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian

1. Identitas Pasien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 di ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W.Z. Yohanes Kupang dengan data-data sebagai berikut, nama : Nn. D. B., tanggal lahir : 20 Desember 1989, umur : 29 tahun, jenis kelamin : perempuan, diagnosa medis : Idiopatik Trombositopenis Purpua (ITP) ,no RM : 0.50.74.38, pendidikan terakhir : Sarjana (S1), Alamat : Namosain, tanggal MRS : 24 Mei 2019, tanggal pengkajian : 26 Mei 2019, pekerjaan : tidak ada.

2. Identitas Penanggungjawab

Nama : Ny. R. B., Jenis kelamin : perempuan, alamat : Namosain, pekerjaan : pengurus rumah tangga., hubungan dengan klien : ibu kandung.

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pusing dan sakit kepala.

b. Riwayat kesehatan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelumnya merasa baik-baik saja. Baru dirasakan sakit ini sejak 5 hari yang lalu

c. Riwayat penyakit sekarang

1) Keluhan saat masuk rumah sakit

Pusing dan lemah

2) Keluhan saat dikaji

Pasien mengatakan merasa pusing, rasa lemas dan cepat lelah saat bergerak, susah melakukan kegiatan sehari-hari. Keadaan umum pasien tampak lemah, terdapat bintik-bintik merah dibawah kulit (pteki), pucat, tampak semua ADLs dibantu keluarga dan perawat.

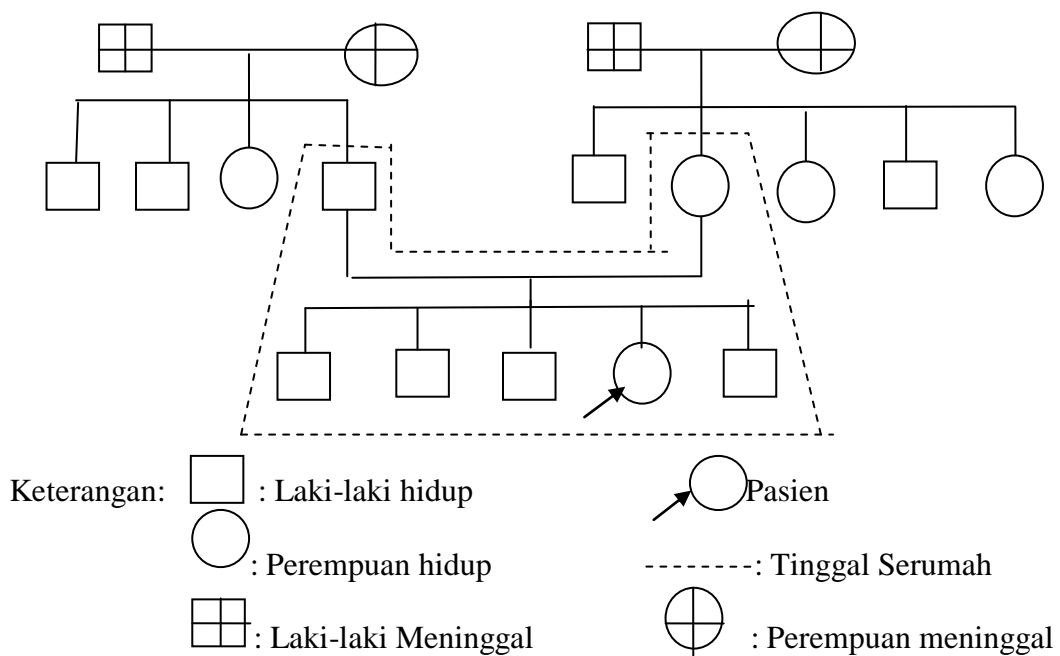
d. Riwayat penyakit sebelumnya

Pasien mengatakan awalnya sering merasa pusing tetapi tidak seberat yang dirasakan sekarang, dan masih bisa melakukan kegiatan sehari-hari.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien dan keluarga mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit yang sama seperti ini, maupun penyakit yang lainnya.

Genogram Keluarga:



4. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu : tingkat kesadaran compos mentis, GCS 15 (E4 V5 M6). Pola makan teratur, napsu makan baik, orang tua pasien mengatakan anaknya menghabiskan porsi makan yang diberikan. Tanda-tanda vital TD: 110/70 mmHg, N: 84 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,5°C. Berat badan 41 kg, tinggi badan 147 cm, IMT : $41 : (1,47 \times 1,47) = 18,9$ dan status gizi baik.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan darah

Dilakukan pada tanggal 26 Mei 2019 antara lain :

- 1) Trombosit : $7.000 \times 10^3/\mu\text{l}$ (Nilai normal $150.000-400.000 \times 10^3/\mu\text{l}$).
- 2) HB : 6,7 gr% (10,8-15,6 gr%)

3) Jumlah eritrosit : $2,82 \times 10^3/\text{ul}$ (Nilai normal $4,20-5,40 \times 10^3/\text{ul}$).

4) Jumlah Lekosit 10% (Nilai normalnya 4,0-10,0 %).

6. Terapi

Di ruangan Cempaka, Nn. D. B.. mendapatkan terapi infus Nacl 0,9% 20 tetes permenit/macro), kalnex 3 x 500 mg/iv, methylprednisolon 3 x 125 mg/iv dan Ceftriaxon 2 x 1 gram/iv.

3.1.2 Analisa Data

1. **Data subjektif** : Pasien mengatakan merasa pusing. **Data objektif** : tampak ada bintik-bintik kemerahan di bawah kulit (pteki), trombosit menurun $7.000 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $150.000-400.000 \times 10^3/\text{ul}$), jumlah eritrosit menurun $2,82 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $4,20-5,40 \times 10^3/\text{ul}$), lebam pada tangan kiri dan kanan. **Etiologi** : koagulapati inheren (trombositopenia). **Masalah keperawatan** : perdarahan.
2. **Data subektif** : Pasien mengatakan cepat merasa lemas saat bergerak, tidak bisa melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik. **Data Obyektif** : Tampak semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, pasien tampak pucat, Hemoglobin menurun : 6,7 gr% (10,8-15,6 gr%). **Etiologi** : ketidakseimbangan antara suplay dan dan kebutuhan oksigen. **Masalah keperawatan** : Intoleransi aktivitas.

3.1.3 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015.

Dari hasil pengkajian diagnosa keperawatan yang diambil adalah :

1. Perdarahan yang berhubungan dengan koagulapati inheren (trombositopenia) yang ditandai dengan pasien mengatakan merasa pusing, tampak ada bintik-bintik kemerahan di bawah kulit (pteki), trombosit menurun $7.000 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $150.000-400.000 \times 10^3/\text{ul}$), jumlah eritrosit menurun $2,82 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $4,20-5,40 \times 10^3/\text{ul}$), lebam pada tangan kiri dan kanan.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan dan kebutuhan oksigen yang ditandai dengan pasien mengatakan cepat

merasa lemas saat bergerak, tidak bisa melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik, tampak semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, pasien tampak pucat, Hemoglobin menurun : 6,7 gr% (10,8-15,6 gr%).

3.1.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan adalah sebagai suatu dokumen tulisan yang berisi tentang cara menyelesaikan masalah, tujuan, intervensi (**NOC & NIC 2013, edisi kelima**). Perencanaan tindakan keperawatan pada kasus ini didasarkan pada tujuan intervensi pada :

Diagnosa keperawatan 1 : Perdarahan berhubungan dengan koagulapati inheren (trombositopenia). **Goal** : pasien akan terhindar dari perdarahan selama dalam perawatan. **Obyektif** : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien tidak mengalami perdarahan. **NOC : Domain 4** : pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku. **Kelas T** : kontrol risiko dan keamanan. **Kode 1092**: kontrol risiko yaitu tindakan individu untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi atau mengurangi, ancaman kesehatan yang telah dimodifikasi, meningkat dari 2 (Jarang menunjukkan) menjadi 4 (Sering menunjukkan). **Indikator/Outcome : 190220** : mengidentifikasi factor risiko, **190201** : mengenali factor risiko individu, **190203** : memonitor factor risiko individu, **190208** : memodifikasi gaya hidup untuk mengurangi factor risiko, **190216** : mengenali perubahanstatus kesehatan, **190216** : memonitor perubahanstatus kesehatan, **NIC : Domain 2** : fisiologis kompleks (lanjutan). **Kelas N** : manajemen perfusi jaringan. **Kode 4010** : pencegahan perdarahan yaitu : pengurangan stimulus yang dapat menyebabkan perdarahan atau pendarahan pada pasien yang berisiko. **Aktivitas-aktivitas** : 1) Monitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien. 2) Monitor tanda dan gejala pendarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi). 3) Pertahankan agar pasien tetap tirah baring jika terjadi perdarahan aktif. 4) Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan. 5) Anjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K. 6) Kolaborasi pemberian transfuse darah. 7)

Instruksikan kepada orang tua untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan.

Diagnosa keperawatan 2 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen. **Goal :** Pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan. **Obyektif :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien meningkat dalam beraktivitas. **Domain 1 :** fungsi kesehatan. **Kelas A :** pemeliharaan kesehatan. **Kode 0005 :** toleransi terhadap aktivitas, yaitu : respon fisiologis terhadap pergerakan yang memerlukan energy dalam aktivitas sehari-hari, meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu). **Indikator/Outcome :** **000501 :** saturasi oksigen ketika beraktivitas, **000502 :** frekuensi nadi ketika beraktivitas, **000503 :** frekuensi pernapasan ketika beraktivitas, **000508 :** kemudahan bernapas ketika beraktivitas, **000504 :** tekanan darah sistolik ketika beraktivitas, **000505 :** tekanan darah diastolik ketika beraktivitas, **000517 :** kekuatan tubuh bagian bawah. **NIC : Domain 1 :** fisiologis dasar. **Kelas L :** manajemen aktivitas dan latihan. **Kode 3550 :** manajemen energi, yaitu pengaturan energi yang digunakan untuk menangani atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan fungsi. **Aktivitas-aktivitas :** 1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Gunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. 4) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 7) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 8) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.

3.1.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi

keperawatan respiratory distress syndrome sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya (Price & Wilson, 2009).

Hari pertama dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1** : Perdarahan berhubungan dengan koagulapati inheren (trombositopenia). **Implementasi** : Jam 08.00, memonitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien. Jam 08.10, memonitor tanda dan gejala pendarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi. Jam 08.20, mempertahankan agar pasien tetap tirah baring jika terjadi perdarahan aktif. Jam 08.30, melindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan yaitu hati-hati dalam pengambilan darah, pemasangan infuse untuk tidak dilakukan berulang kali. Jam 08.40, menganjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K. (misalnya daging hati, sayur daun berwarna hijau, kacang buncis, kacang polong, kol, dan brokoli, daging, telur, buah-buahan dan susu). Jam 09.00, Melayani pemasangan transfuse darah dan menghitung tetesan transfuse dari 7 tetes/15 menit kemudian dilanjutkan menjadi 20 tetes/menit. Jam 09.10, menginstruksikan kepada orang tua untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan. **Diagnosa keperawatan 2** : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen. **Implementasi** : Jam 10.00, mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. Jam 10.25, menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 10.35, menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. Jam 10.45, memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. Jam 11.00, menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. Jam 11.10, memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 11.15, memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Jam 11.20, membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.

Hari kedua dilakukan pada tanggal 28 Mei 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1** : Perdarahan berhubungan dengan koagulapati inheren (trombositopenia). **Implementasi** : Jam 08.00, memonitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien. Jam 08.10, memonitor tanda dan gejala pendarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi. Jam 08.20, mempertahankan agar pasien tetap tirah baring jika terjadi perdarahan aktif. Jam 08.30, melindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan yaitu hati-hati dalam pengambilan darah, pemasangan infuse untuk tidak dilakukan berulang kali. Jam 08.40, menganjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K, (misalnya daging hati, sayur daun berwarna hijau, kacang buncis, kacang polong, kol, dan brokoli, daging, telur, buah-buahan dan susu). Jam 09.00, Melayani pemasangan transfuse darah dan menghitung tetesan transfuse dari 7 tetes/15 menit kemudian dilanjutkan menjadi 20 tetes/menit. Jam 09.10, menginstruksikan kepada orang tua untuk memonitor tanda-tandan perdarahan.

Diagnosa keperawatan 2 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen. **Implementasi** : Jam 10.00, mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. Jam 10.25, menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 10.35, menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. Jam 10.45, memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. Jam 11.00, menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. Jam 11.10, memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 11.15, memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Jam 11.20, membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan

Hari ketiga dilakukan pada tanggal 29 Mei 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1** : Perdarahan berhubungan dengan koagulapati inheren (trombositopenia). **Implementasi** : Jam 08.00, memonitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien. Jam 08.10, memonitor tanda dan gejala pendarahan

menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi. Jam 08.20, mempertahankan agar pasien tetap tirah baring jika terjadi perdarahan aktif. Jam 08.30, melindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan yaitu hati-hati dalam pengambilan darah, pemasangan infuse untuk tidak dilakukan berulang kali. Jam 08.40, menganjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K, (misalnya daging hati, sayur daun berwarna hijau, kacang buncis, kacang polong, kol, dan brokoli, daging, telur, buah-buahan dan susu). Jam 09.00, Melayani pemasangan transfuse darah dan menghitung tetesan transfuse dari 7 tetes/15 menit kemudian dilanjutkan menjadi 20 tetes/menit. Jam 09.10, menginstruksikan kepada orang tua untuk memonitor tanda-tanda perdarahan.

Diagnosa keperawatan 2 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen. **Implementasi :** Jam 10.00, mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. Jam 10.25, menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 10.35, menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. Jam 10.45, memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. Jam 11.00, menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. Jam 11.10, memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 11.15, memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Jam 11.20, membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan

3.1.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan klien (Ngastiyah, 2005). Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang dilakukan.

Evaluasi hari pertama tanggal 27 Mei 2019. **Diagnosa 1 :** Perdarahan berhubungan dengan koagulapati inheren (trombositopenia). **Jam 13.30, S :** Pasien mengatakan merasa pusing. **O :** tampak ada bintik-bintik kemerahan di

bawah kulit (pteki), trombosit menurun $7.000 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $150.000-400.000 \times 10^3/\text{ul}$), jumlah eritrosit menurun $2,82 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $4,20-5,40 \times 10^3/\text{ul}$), lebam pada tangan kiri dan kanan.. **A** : Risiko Perdarahan masih bisa terjadi. **P** : Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan. **Diagnosa keperawatan 2** : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen. **Jam 13.30, S** : Pasien mengatakan cepat merasa lemas saat bergerak, tidak bisa melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik. **O** : Semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, pasien tampak pucat, Hemoglobin menurun : 6,7 gr% (10,8-15,6 gr%) **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan

Evaluasi hari kedua tanggal 28 Mei 2019 **Diagnosa 1** : Perdarahan berhubungan dengan koagulapati inheren (trombositopenia). **Jam 13.30, S** : Pasien mengatakan merasa pusing. **O** : tampak ada bintik-bintik kemerahan di bawah kulit (pteki), trombosit menurun $7.000 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $150.000-400.000 \times 10^3/\text{ul}$), jumlah eritrosit menurun $2,82 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $4,20-5,40 \times 10^3/\text{ul}$), lebam pada tangan kiri dan kanan.. **A** : Risiko Perdarahan masih bisa terjadi. **P** : Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan. **Diagnosa keperawatan 2** : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen. **Jam 13.30, S** : Pasien mengatakan cepat merasa lemas saat bergerak, tidak bisa melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik. **O** : Semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, pasien tampak pucat, Hemoglobin menurun : 6,7 gr% (10,8-15,6 gr%) **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan

Evaluasi hari ketiga tanggal 29 Mei 2019 **Diagnosa 1** : Perdarahan berhubungan dengan koagulapati inheren (trombositopenia). **Jam 13.30, S** : Pasien mengatakan merasa pusing. **O** : tampak ada bintik-bintik kemerahan di bawah kulit (pteki), trombosit menurun $7.000 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $150.000-400.000 \times 10^3/\text{ul}$), jumlah eritrosit menurun $2,82 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $4,20-5,40 \times 10^3/\text{ul}$), lebam pada tangan kiri dan kanan.. **A** : Risiko Perdarahan masih bisa terjadi. **P** : Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan. **Diagnosa keperawatan 2** : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan

kebutuhan oksigen. **Jam 13.30, S :** Pasien mengatakan cepat merasa lemas saat bergerak, tidak bisa melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik. **O :** Semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, pasien tampak pucat, Hemoglobin menurun : 6,7 gr% (10,8-15,6 gr%) **A :** Masalah belum teratasi. **P :** Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan

3.2 Pembahasan

Pada bagian ini membuat pembahasan mengenai adanya kesenjangan antara teori dan proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 sampai dengan 29 Mei 2019 di ruangan Cempaka RSUD Prof.DR. W.Z. Yohannes Kupang. Pembahasan yang dimaksud adalah meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

3.2.1 Pengkajian

Menurut Wiwik dan Sulisty (2008) pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu. Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan adalah Nn. D. B. mengalami sakit yang sedang, pada saat dilakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik pada tanggal 27 Mei 2019 pada Nn. D. B., yaitu : Pasien mengatakan merasa pusing, cepat merasa lemas saat bergerak, tidak bisa melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik, tampak ada bintik-bintik kemerahan di bawah kulit (pteki), trombosit menurun $7.000 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $150.000-400.000 \times 10^3/\text{ul}$), jumlah eritrosit menurun $2,82 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $4,20-5,40 \times 10^3/\text{ul}$), lebam pada tangan kiri dan kanan, semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, pasien tampak pucat, Hemoglobin menurun : 6,7 gr% (10,8-15,6 gr%)

Pada kasus Nn. D. B. meliputi : trombosit menurun $7 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $150-400 \times 10^3/\text{ul}$), jumlah eritrosit menurun $2,82 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $4,20-5,40 \times 10^3/\text{ul}$), lebam pada tangan kiri dan kanan, semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, pasien tampak pucat, Hemoglobin menurun : 6,7 gr% ($10,8-15,6 \text{ gr\%}$)

Hasil tersebut sesuai dengan penjelasan bahwa kerusakan trombosit pada ITP melibatkan autoantibody terhadap gliko protein yang terdapat pada membran trombosit. Penghancuran terjadi terhadap trombosit yang diselubungi antibody, hal tersebut dilakukan oleh makrofag yang terdapat pada limpa dan organ retikulo endotelial lainnya. Penghancuran trombosit meningkat karena adanya antibody yang dibentuk saat terjadi respon imun terhadap infeksi bakteri atau virus atau pada imunisasi, yang bereaksi silang dengan antigen dari trombosit (Wiwik dan Sulisty, 2008).

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan memungkinkan perawat untuk menganalisis dan mensintesis data yang telah di kelompokkan, selain itu juga digunakan untuk mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah, dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah (Wiwik dan Sulisty, 2008).

Berdasarkan pemahaman dari definisi NANDA 2015-2017 diagnosa keperawatan pada kasus ITP antara lain : ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, kerusakan integritas kulit, nyeri akut, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, intoleransi aktifitas, risiko cedera, defisit pengetahuan mengenai kondisi dan pencegahan, ansietas.

Berdasarkan penjelasan tersebut diatas terdapat ketidaksesuaian antara teori dan kasus nyata yang dialami oleh Nn. D. B. yaitu ditemukan satu (1) masalah keperawatan yang terdapat dalam teori (intoleransi aktivitas) dan satu (1) masalah keperawatan yang tidak terdapat dalam teori (risiko perdarahan).

Dimana penulis mengangkat dua (2) masalah keperawatan tersebut karena data pada Nn. D. B. sangat mendukung antara lain : 1) perdarahan yang berhubungan dengan koagulapati inheren (trombositopenia) yang ditandai dengan pasien mengatakan merasa pusing tampak ada bintik-bintik kemerahan di bawah kulit (pteki), trombosit menurun $7000 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $150.000-$

400.000 $10^3/\text{ul}$), jumlah eritrosit menurun 2,82 $10^3/\text{ul}$ (nilai normal 4,20-5,40 $10^3/\text{ul}$), lebam pada tangan kiri dan kanan. 2) intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen yang ditandai dengan pasien mengatakan cepat merasa lemas saat bergerak, tidak bisa melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik, semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, pasien tampak pucat, hemoglobin menurun : 6,7 gr% (10,8-15,6 gr%)

Sedangkan masalah keperawatan hipertermi dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh tidak ditemukan pada kasus Nn. D. B. karena saat dikaji dan pemeriksaan fisik napsu makan baik, Berat badan 41 kg, tinggi badan 147 cm, IMT : $41 : (1,47 \times 1,47) = 19,5$ dan status gizi baik.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan NOC & NIC 2013 edisi kelima, perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan. Diharapkan perawat mampu memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi yang paling tepat, dan menulis dan mendokumentasikan rencana keperawatan. Prioritas pertama di artikan bahwa masalah ini perlu mendapat perhatian, karena dapat mempengaruhi status kesehatan pasien secara umum dan memperlambat penyelesaian masalah yang lain. Pada kasus Nn. D. B. dengan ITP, dua (2) masalah keperawatan yang berurutan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yaitu perdarahan dan intoleransi aktivitas. Tujuan dari masalah keperawatan satu (1) yaitu di harapkan pasien tidak mengalami perdarahan selama dalam perawatan dengan rencana sebagai berikut : 1) Monitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien. 2) Monitor tanda dan gejala perdarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi). 3) Pertahankan agar pasien tetap tirah baring jika terjadi perdarahan aktif. 4) Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan. 5) Anjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K. 6) Instruksikan kepada orang tua untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan. Tujuan dari masalah keperawatan 2 yaitu di harapkan pasien dapat meningkatkan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan dengan

rencana sebagai berikut : 1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Gunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. 4) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 7) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 8) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Wiwik dan Sulisty, 2008).

Pada hari senin, 27 Mei 2019 di lakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa keperawatan risiko perdarahan dan intoleransi aktivitas pada Nn. D. B., dengan diagnosa medis ITP yaitu :

Diagnosa keperawatan 1 : Perdarahan berhubungan dengan koagulapati inheren (trombositopenia). **Implementasi** : Jam 08.00, memonitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien. Jam 08.10, memonitor tanda dan gejala pendarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi. Jam 08.20, mempertahankan agar pasien tetap tirah baring jika terjadi perdarahan aktif. Jam 08.30, melindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan. Jam 08.40, menganjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K. Jam 08.50, menginstruksikan kepada orang tua untuk memonitor tanda-tandan perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan.

Diagnosa keperawatan 2 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen. **Implementasi** : Jam 10.00, mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. Jam 10.25, menganjurkan pasien

menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. Jam 10.35, menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. Jam 10.45, memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. Jam 11.00, menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. Jam 11.10, memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. Jam 11.15, memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. Jam 11.20, membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Wiwik dan Sulisty (2008) evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan kriteria yang dibuat pada tahap perencanaan mengenai masalah keperawatan risiko perdarahan dan intoleransi aktivitas. Evaluasi yang diharapkan pada kasus nyata yang dialami oleh Nn. D. B., tidak sesuai dengan teori. Dimana tidak ada peningkatan trombosit sehingga perdarahan masih bisa terjadi, dan toleransi terhadap aktivitas belum efektif.

Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 27-29 Mei 2019, pasien masih merasa pusing dan lemah, trombosit masih rendah. Hal ini disebabkan karena penghancuran trombosit meningkat karena adanya antibody yang dibentuk saat terjadi respon imun terhadap infeksi bakteri atau virus.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian pada kasus Nn. D. B. penulis mendapatkan data-data yaitu: Pasien mengatakan merasa pusing, rasa lemas dan cepat lelah saat bergerak, susah melakukan kegiatan sehari-hari. Keadaan umum pasien tampak lemah, terdapat bintik-bintik merah dibawah kulit (peteki), pucat, tampak semua ADLs dibantu keluarga dan perawat. Hasil pemeriksaan fisik: tingkat kesadaran compos mentis, GCS 15 (E4 V5 M6), tanda-tanda vital TD: 110/70 mmHg, N: 84 kali/menit, RR: 18 kali/menit dan S: 36,5°C. Berat badan 41 kg, tinggi badan 147 cm, IMT : $41 : (1,47 \times 1,47) = 18,9$ dan status gizi baik. Hasil pemeriksaan penunjang: trombosit: 7.000 $10^3/\text{ul}$ (nilai normal 150.000-400.000 $10^3/\text{ul}$), HB : 6,7 gr% (nilai normal 10,8-15,6 gr%), jumlah eritrosit : 2,82 $10^3/\text{ul}$ (nilai normal 4,20-5,40 $10^3/\text{ul}$) dan jumlah lekosit 10% (nilai normalnya 4,0-10,0 %).
2. Dalam diagnosa keperawatan, penulis menetapkan 2 diagnosa keperawatan sesuai dengan masalah yang ditemukan pada Nn. D. B. dengan prioritas masalah keperawatan yaitu perdarahan berhubungan dengan koagulapati inheren dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan kebutuhan oksigen.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan antara lain: **Diagnosa 1:** 1) Monitor dengan ketat perdarahan pada pasien. 2) Monitor tanda dan gejala pendarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi). 3) Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan. 5) Anjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K. 6) Kolaborasi pemberian transfuse darah. **Diagnosa 2:** 1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan 2) Anjurkan pasien menganjurkan perasaan

secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 4) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien.

4. Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh perawat sudah sesuai dengan rencana tindakan yaitu: 1) Memonitor dengan ketat perdarahan pada pasien. 2) Memonitor tanda dan gejala pendarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi). 3) Melindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan. 5) Menganjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K. 6) Melayani dan memonitor pemberian transfuse darah. 7) Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan 8) Menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 9) Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 10) Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien.
5. Evaluasi hasil yang didapatkan yaitu Nn. D. B.. antara lain perdarahan masih bisa terjadi, karena masih ada bintik-bintik kemerahan di bawah kulit (peteki), trombosit menurun $7.000 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $150.000-400.000 \times 10^3/\text{ul}$), toleransi terhadap aktivitas belum efektif yang ditandai dengan semua aktivitas dibantu keluarga dan perawat.

4.2 Saran

1. Bagi Perawat

Diharapkan bagi perawat-perawat yang berada di ruang perawatan rawat inap yang melakukan tindakan keperawatan bisa lebih memperhatikan dan menekankan perawatan secara tepat dan cepat.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan Kupang, khususnya pada

keperawatan medical bedah terutama pada pembelajaran tentang asuhan keperawatan medical bedah.

3. Bagi RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Diharapkan rumah sakit dapat memberikan asuhan keperawatan secara efektif kepada pasien di ruangan rawat nginap secara benar dan tepat kepada pasien-pasien

4. Bagi Pasien

Diharapkan pasien mendapatkan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Bulecchek. G. 2013. *Nursing Interventions Clasification (NIC)*. Edisi Keenam. Elsivers. Singapura
- Dorland, W.A Newman. 2009. *Kamus saku Kedokteran DORLAND*. Edisi 28. Jakarta: EGC
- Kimberly, AJ. Bilotta. 2012. *Kapita Selekta Penyakit :dengan Implikasi Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: EGC
- Moorhead. S. 2013. *Nursing Outcome Clasification (NOC)*. Edisi Kelima. Elsivers. Singapura
- NANDA International. 2015. *Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta : EGC
- Nurarif, A.H, Hardi Kusuma. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis NANDA NIC-NOC*. Edisi Revisi. Yogyakarta: Media Action Publishing
- Price & Wilson. 2009. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Edisi 6. Penerbit Buku Kedokteran: EGC
- Pearce, Evelyn .C. 2013. *Anatomi dan Fisiologi Untuk Paramedis*. Jakarta : Prima Grafika
- Potter, Patricia A., & Anne Griffin Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan :Konsep, Proses &Praktik Volume 1*. Jakarta : EGC
- Smeltzer, Suzanne. C, Bare, Brenda. G. 2002. *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Jakarta: EGC
- Wiwik, Sulistiyo A.B. 2008. *Pada Klien dengan Gangguan System Hematologi*. Jakarta :Salemba Medika

LAMPIRAN-LAMPIRAN

1. Jadwal Kegiatan Ujian Akhir Program (UAP)
2. Pengkajian Rumah Sakit
3. Lembaran Konsultasi

Lampiran 1



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : KARLUS KIIK

NIM : PO. 530320116339

A. Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Nn. D. B.

Ruang/Kamar : Cempaka / B20

Diagnosa Medis : ITP

No. Medical Record : 0.50.74.38

Tanggal Pengkajian : 26 – 05 - 2019 Jam : 15.30

Masuk Rumah Sakit : 24 - 05 – 2019 Jam : 14.00

Identitas Pasien

Nama Pasien : Nn. D. B.

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur/Tanggal Lahir : 29 Tahun/20 - 12 - 1989

Status Perkawinan : Belum Kawin

Agama : Protestan

Suku Bangsa : Rote

Pendidikan Terakhir : S 1

Pekerjaan : Tidak ada

Alamat : Namosain

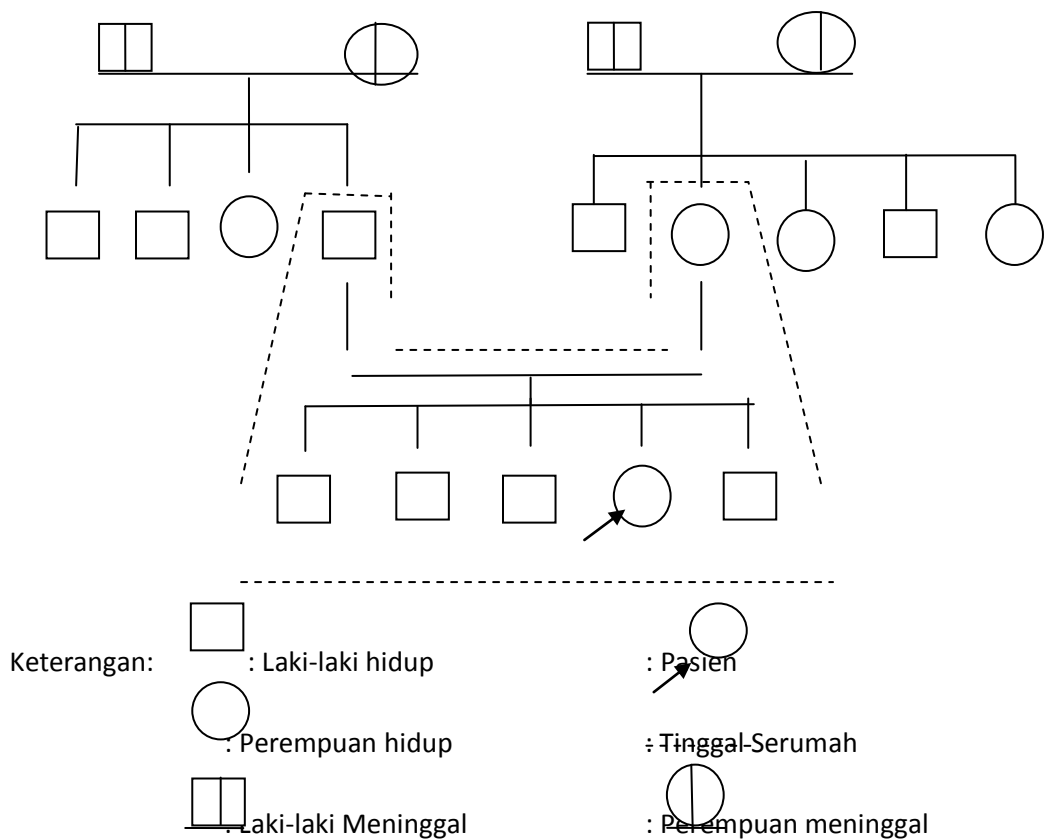
Identitas Penanggung

Nama	: Ny. R. B.	Pekerjaan	: PRT
Jenis Kelamin	: Perempuan	Hubungan dengan klien	: Mama kandung
Alamat	: Namosain		

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Pusing
 - Kapan: Saat bangun tidur dan beraktivitas
 - Lokasi: Kepala
2. Riwayat Keluhan Utama
 - Mulai timbulnya keluhan: Sejak tahun 2018
 - Sifat keluhan : hilang muncul
 - Lokasi : pada seluruh badan
 - Keluhan lain yang menyertai : lebam pada tangan kiri & kanan dan lemas
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Saat beraktivitas
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) : berkurang jika tidak beraktivitas.
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : mencari pengobatan ke rumah sakit.
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya
 - Riwayat penyakit yang pernah diderita : tidak ada
 - Riwayat alergi : tidak ada
 - Riwayat operasi: tidak pernah
4. Kebiasaan
 - Merokok
 - tidak : pasien mengatakan ia tidak merokok
 - Minum alkohol
 - Tidak : pasien tidak meminum alkohol
 - Minum kopi :
 - Tidak : pasien tidak minum kopi
 - Minum obat-obatan
 - Tidak : pasien tidak minum sembarang obat.

Genogram Keluarga:



Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah : 110/70 mmHg - Nadi : 84x/ m
- Pernapasan : 18x/m - Suhu: 36,5 °C

2. Kepala dan leher

- Kepala :
 - Sakit kepala : ☐ada, ☒tidak ada
 - Bentuk, ukuran dan posisi : ☒normal ☐ abnormal, jelaskan :
 - Lesi : ☐ada, ☒tidak ada
 - Masa : ☐ada, ☒tidak ada
 - Observasi wajah : ☒simetris ☐asimetri,
- Penglihatan :

- Konjungtiva : anemis
- Sklera : putih
- Pakai kaca mata : tidak
- Penglihatan kabur : tidak
- Nyeri : tidak ada
- Peradangan : tidak ada
- Operasi : tidak pernah
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran: Ya. Pada telinga bagian kanan
 - Nyeri : ☐Ya ☒tidak
 - Peradangan : ☐Ya ☒tidak
- Hidung
 - Alergi Rhinnitus : ☐Ya ☒tidak
 - Riwayat Polip : ☐Ya, ☒tidak
 - Sinusitis : ☐Ya, ☒tidak
 - Epistaksis : ☐Ya, ☒tidak
- Tenggorokandanmulut
 - Keadaan gigi : kotor
 - Caries : ☐Ya, ☒tidak
 - Memakai gigi palsu : ☐Ya, ☒tidak
 - Gangguan bicara : ☐Ya, ☒tidak
 - Gangguan menelan : ☐Ya, ☒tidak
 - Pembesaran kelenjar leher : ☐Ya, ☒tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : tidak
- Inspeksi :
Kesadaran/GCS : compos mentis = E 4. V= 5, M- 6 = 15
- Bentuk dada : ☐ abnormal , ☒ normal
- Bibir : ☐ sianosis ☐ normal ☒ pucat
- Kuku : ☐ sianosis ☒ normal
- Capillary Refill : ☐ Abnormal ☒ normal < 3det
- Tangan : ☐ Edema ☒ normal
- Kaki : ☐ Edema ☒ normal
- Sendi : ☐ Edema ☒ normal
- Ictus cordis/Apical Pulse: ☒ Teraba ☐ tidak teraba
- Vena jugularis : ☒ Teraba ☐ tidak teraba
- Perkusi : pembesaran jantung: tidak ada
- Auskultasi : BJ I : ☐ Abnormal ☒ normal
BJ II : ☐ Abnormal ☒ normal
- Murmur : tidak ada suara napas tambahan

4. Sistem Respirasi

- Keluhan: tidak ada

- Inspeksi :

Jejas : ☐ Ya, ☒ tidak

Bentuk Dada : ☐ Abnormal, ☒ Normal

Jenis Pernapasan : ☐ Abnormal, ☒ normal

Irama Napas : ☒ teratur ☐ tidak teratur

Retraksi otot pernapasan: ☐ Ya ☒ tidak

Penggunaan alat bantu pernapasan : ☐ Ya, ☒ tidak

- Perkusi: Cairan : ☐ Ya ☒ tidak

Udara : ☐ Ya ☒ tidak

Massa : ☐ Ya ☒ tidak

- Auskultasi :

Inspirasi : ☒ Normal ☐ Abnormal

Ekspirasi : ☒ Normal ☐ Abnormal

• Ronchi : ☐ Ya ☒ tidak

• Wheezing : ☐ Ya ☒ tidak

• Krepitasi : ☐ Ya ☒ tidak

• Rales : ☐ Ya ☒ tidak

Clubbing Finger : ☒ Normal ☐ Abnormal

5. Sistem Pencernaan

a. Keluhan : klien mengatakan BAB sedikit dan padat

b. Inspeksi :

- Turgor kulit : ☐ Abnormal, ☐ Normal

- Keadaan bibir : ☐ lembab ☒ kering dan pucat

- Keadaan rongga mulut

Warna Mukosa : pucat

Luka/ perdarahan : ☐ Ya, ☒ tidak

Tanda-tanda radang : ☐ Ya, ☒ tidak

Keadaan gusi : ☐ Abnormal, ☒ normal

- Keadaan abdomen

Warna kulit : agak kehitaman

Luka : ☐ Ya, ☒ tidak

Pembesaran : normal

- Keadaan rektal

Luka : ☐ Ya, ☒ tidak

Perdarahan : ☐ Ya, ☒ tidak

Hemmoroid : ☐Ya, ☒tidak
Lecet/ tumor/ bengkak : ☐Ya, ☒tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 12 kali/menit

d. Perkusi: Cairan : ☐ Abnormal, ☒ normal
Udara : ☐ Abnormal, (kembung) ☒ normal
Massa : ☐ Abnormal, ☒ normal

e. Palpasi :

Tonus otot : ☐ Abnormal, ☒ normal
Nyeri : ☐ Abnormal, ☒ normal
Massa : ☐ Abnormal ☒ normal

6. Sistem Persyarafan

a. Keluhan : sakit kepala dan Pusing
b. Tingkat kesadaran : compos mentis, GCS (E/M/V): E : 4 M : 5 V : 6 = 15
c. Pupil : ☒Isokor ☐anisokor
d. Kejang : ☐ Abnormal, ☒ normal
e. Jenis kelumpuhan : ☐Ya, ☒tidak
f. Parasthesia : ☐Ya, ☒tidak
g. Koordinasigerak : ☐ Abnormal, ☒ normal
h. Cranial Nerves : ☐ Abnormal, ☒ normal
i. Reflexes : ☐ Abnormal, ☒ normal

7. Sistem Musculoskeletal

a. Keluhan : tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri
b. Kelainan ekstremitas : ☐ada, ☒tidak ada
c. Nyeri otot : ☐ada ☒tidak
d. Nyeri sendi : ☐ada ☒tidak ada
e. Refleksi sendi : ☐ abnormal, ☒ normal
f. Kekuatan otot : ☐Atropi ☐ hiperthropi ☒ normal

5 5

5 5

8. Sistem Integument

- a. Rash : ☒ada, ☐tidak ada
b. Lesi : ☒ada, ☐tidak ada
c. Turgor : elastis Warna : sawo matang
d. Kelembaban : ☐Abnormal (kering dan keriput ☒normal
e. Petechie : ☒ada, ☐Tidak ada
f. Lain lain : tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : ☐kencing menetes ir ☐ontinensia reter ☐
☐ gross hematuri ☐disuria ☐poliuri
☐ oliguri ☐anuri
b. Alat bantu (kateter, dll) ☐ ☒tidak ☐
c. Kandung kencing : membesar ☐ ☐tidak
nyeri tekan ☐iya ☒tidak
d. Produksi urine : baik
e. Intake cairan : ☒ ☐ral :1.600 cc/hr par ☐teral :1000 cc/24 jam
f. Bentuk alat kelamin : ☐ ☒Normal ☐dak normal,
g. Uretra : ☒Normal Hip ☐padia/Epispadia
Lain-lain : tidak ada

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : tidak ada
b. Pembesaran Kelenjar : tidak ada
c. Lain – lain : tidak ada

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : tidak ada
b. Wanita : Siklus menstruasi : lancar
• Keadaan payudara : ☐ Abnormal, ☒normal
• Riwayat Persalinan:-
• Abortus:-
• Pengeluaran pervagina: ☐ Abnormal, ☐normal
• Lain-lain:-
c. Pria : Pembesaran prostat : ☐ada ☐tidak ada
d. Lain-lain:tidak ada

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Polamakan : baik dan teratur
- Frekuensi makan : 3x sehari
- Nafsu makan : baik, tidak mual dan muntah
- Makanan pantangan : tidak ada.
- Makanan yang disukai : semua makanan dan buah-buahan.
- Banyaknya minuman dalam sehari : 8 gelas (1600cc)
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Alkohol
- Sebelum sakit BB : 41 kg TB :147 cm
- Penurunan BB : 3 kg, dalam waktu 4 bulan

2. Perubahan selama sakit : berat badan saat ini (saat sakit) 38 kg

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari :4 – 5 kali

Bau : khas

b. Perubahan selama sakit : tidak ada

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : saat kaji 1-2 x sehari

Warna : kuning

Konsistensi : lembek

b. Perubahan selama sakit : tidak ada

c. Olah raga dan aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : pasien mengatakan jarang berolah raga
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : tidak

C. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 10.00 malam
- Bangun jam : 04.30 pagi
- Tidur siang jam : 01.30 siang
- Bangun jam : 15.00 siang
- Apakah mudah terbangun : tidak
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Tidak ada

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : bapak dan mama
2. Organisasi sosial yang diikuti : tidak ada
3. Keadaan rumah dan lingkungan : baik dan bersih
- Status rumah : milik orang tua

Cukup/ tidak : cukup

Bising/ tidak : tidak

Banjir / tidak : tidak

4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Ya (bapak dan mama)
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : dengan berdiskusi mencari solusi dengan bapak dan mama.
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : aktif mengikuti kegiatan di Gereja
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : tidak ada

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : pasien dan keluarga masih belum menerima akan sakit yang diderita
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : klien ingin cepat sembuh dari sakitnya.
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik dalam berkomunikasi

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

Dilakukan pada tanggal 26 Mei 2019 antara lain :

- 5) Trombosit : $7.000 \times 10^3/\text{ul}$ (Nilai normal $150.000-400.000 \times 10^3/\text{ul}$).
- 6) HB : 6,7 gr% (10,8-15,6 gr%)
- 7) Jumlah eritrosit : $2,82 \times 10^3/\text{ul}$ (Nilai normal $4,20-5,40 \times 10^3/\text{ul}$).
- 8) Jumlah Lekosit 10% (Nilai normalnya 4,0-10,0 %).

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen
 - a. Foto gigi dan mulut : tidak dilakukan pemeriksaan
 - b. Foto esophagus, lambung, dan usus halus : tidak dilakukan pemeriksaan
 - c. Cholescystogram : tidak dilakukan pemeriksaan
 - d. Foto colon : tidak dilakukan pemeriksaan
2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus
 - Ultrasonographi : tidak dilakukan pemeriksaan
 - Biopsy : tidak dilakukan pemeriksaan
 - Colonoscopy : tidak dilakukan pemeriksaan
 - DII : tidak dilakukan pemeriksaan

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan : tidak ada
- Obat – obatan : Nn. D. B. mendapatkan terapi infus Nacl 0,9% 20 tetes permenit/macro), kalnex 3 x 500 mg/iv, methylprednisolon 3 x 125 mg/iv dan Ceftriaxon 2 x 1 gram/iv.

Analisa Data

NO.	DATA PENUNJANG	ETIOLOGI	MASALAH
	Data subjektif: Pasien mengatakan merasa pusing. Data objektif : Tampak ada bintik-bintik kemerahan di bawah kulit (pteki), trombosit menurun $7.000 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $150.000-400.000 \times 10^3/\text{ul}$), jumlah eritrosit menurun $2,82 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $4,20-5,40 \times 10^3/\text{ul}$), lebam pada tangan kiri dan kanan.	koagulapati inheren (trombositopenia).	Risiko perdarahan
	Data subektif : Pasien mengatakan cepat merasa lemas saat bergerak, tidak bisa melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik. Data Obyektif : Semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, pasien tampak pucat, Hemoglobin menurun : 6,7 gr% (10,8-15,6 gr%).	Ketidakseimbangan antara suplay dan dan kebutuhan oksigen.	Intoleransi aktivitas

B. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015.

1. Risiko perdarahan yang berhubungan dengan koagulapati inheren (trombositopenia).
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan dan kebutuhan oksigen.

\

C. Intervensi Keperawatan Berdasarkan NOC & NIC, 2013, Edisi Kelima

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC
1	Risiko perdarahan yang berhubungan dengan koagulapati inheren (trombositopenia).	<p>Goal :</p> <p>Pasien akan terhindar dari risiko perdarahan selama dalam perawatan.</p> <p>Obyektif : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan risiko infeksi tidak terjadi.</p> <p>NOC : Domain 4 : pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku. Kelas T : kontrol risiko dan keamanan.</p> <p>Kode 1092: kontrol risiko yaitu tindakan individu untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi atau mengurangi, ancaman kesehatan yang telah dimodifikasi, meningkat dari 2 (Jarang menunjukkan) menjadi 4 (Sering menunjukkan).</p> <p>Indikator/Outcome :</p> <p>190220 : mengidentifikasi factor risiko,</p> <p>190201 : mengenali factor risiko individu,</p> <p>190203 : memonitor factor risiko individu,</p> <p>190208 : memodifikasi gaya hidup untuk mengurangi factor</p>	<p>Domain 2 : fisiologis kompleks (lanjutan).</p> <p>Kelas N : manajemen perfusi jaringan.</p> <p>Kode 4010 : pencegahan perdarahan yaitu : pengurangan stimulus yang dapat menyebabkan perdarahan atau pendarahan pada pasien yang berisiko.</p> <p>Aktivitas-aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien. 2) Monitor tanda dan gejala pendarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi). 3) Pertahankan agar pasien tetap tirah baring jika terjadi perdarahan aktif. 4) Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan. 5) Anjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K. 6) Instruksikan kepada orang tua untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan.

		<p>risiko,</p> <p>190216 : mengenali perubahanstatus kesehatan,</p> <p>190216 : memonitor perubahanstatus kesehatan</p>	
2	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplay dan dan kebutuhan oksigen.	<p>Goal : Pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan.</p> <p>Obyektif : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien meningkat dalam beraktivitas.</p> <p>Domain 1 : fungsi kesehatan.</p> <p>Kelas A : pemeliharaan kesehatan.</p> <p>Kode 0005 : toleransi terhadap aktivitas, yaitu : respon fisiologi terhadap pergerakan yang memerlukan energy dalam aktivitas sehari-hari, meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu).</p> <p>Indikator/Outcome : 000501 : saturasi oksigen ketika beraktivitas, 000502 : frekuensi nadi ketika beraktivitas, 000503 : frekuensi pernapasan ketika beraktivitas, 000508 : kemudahan bernapas ketika beraktivitas, 000504 : tekanan darah sistolik ketika beraktivitas, 000505 : tekanan darah diastolik ketika beraktivitas,</p>	<p>Domain 1 : fisiologis dasar. Kelas L : manajemen aktivitas dan latihan.</p> <p>Kode 3550 : manajemen energi, yaitu pengaturan energi yang digunakan untuk menangani atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan fungsi.</p> <p>Aktivitas-aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Gunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. 4) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 7) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 8) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan

		000517 : kekuatan tubuh bagian bawah.	dilakukan.
--	--	--	------------

D. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAP

HARI PERTAMA (1)

NO. DX. KEP.	HARI/ TGL/ JAM	PELAKSANANAAN KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN (SOAPIE)
1	Senin, 27 Mei 2019 08.00 08.10 08.20 08.30 08.40 08.50	1. Memonitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien. 2. Memonitor tanda dan gejala pendarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi. 3. Mempertahankan agar pasien tetap tirah baring jika terjadi perdarahan aktif. 4. Melindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan. 5. Menganjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K. Jam 6. Menginstruksikan kepada orang tua untuk memonitor tanda-tandan perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan.	Jam 13.00 S : Pasien mengatakan merasa pusing. O : 1. Tampak ada bintik-bintik kemerahan di bawah kulit (pteki), 2. Trombosit menurun 7.000 $10^3/\text{ul}$ (nilai normal 150.000-400.000 $10^3/\text{ul}$), 3. Jumlah eritrosit menurun 2,82 $10^3/\text{ul}$ (nilai normal 4,20-5,40 $10^3/\text{ul}$), 4. Lebam pada tangan kiri dan kanan. A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan
2	10.00 10.25 10.35	1. Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2. Menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3. Menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan.	Jam 13.15 S : 1. Pasien mengatakan cepat merasa lemas saat bergerak, 2. Tidak bisa melakukan kegiatan sehari-hari dengan

	10.45	4. Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat.	baik. O :
	11.00	5. Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan.	1. Semua ADLs dibantu keluarga dan perawat,
	11.10	6. Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat.	2. Pasien tampak pucat,
	11.15	7. Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien.	3. Hemoglobin menurun : 6,7 gr% (10,8-15,6 gr%).
	11.20	8. Membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan

E. CATATAN PERKEMBANGAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAPIE

Hari Kedua (2)

NO. DX. KEP.	HARI/TGL JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAPIE)
1	Senin, 27 Mei 2019	<p>Jam 13.00</p> <p>S : Pasien mengatakan merasa pusing.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ada bintik-bintik kemerahan di bawah kulit (pteki), 2. Trombosit menurun $7.000 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $150.000-400.000 \times 10^3/\text{ul}$), 3. Jumlah eritrosit menurun $2,82 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $4,20-5,40 \times 10^3/\text{ul}$), 4. Lebam pada tangan kiri dan kanan. <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Interv 5 dilanjutkan</p>
	08.00 08.10	

	08.20 08.30 08.40 08.50 13.15	<p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien. 2. Memonitor tanda dan gejala pendarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi. 3. Mempertahankan agar pasien tetap tirah baring jika terjadi perdarahan aktif. 4. Melindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan. 5. Menganjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K. Jam 6. Menginstruksikan kepada orang tua untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan. <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa pusing. 2. Tampak ada bintik-bintik kemerahan di bawah kulit (pteki), 3. Trombosit menurun $7.000 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $150.000-400.000 \times 10^3/\text{ul}$), 4. Jumlah eritrosit menurun $2,82 \times 10^3/\text{ul}$ (nilai normal $4,20-5,40 \times 10^3/\text{ul}$), 5. Lebam pada tangan kiri dan kanan.
2	 10.00 10.25	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan cepat merasa lemas saat bergerak, 2. Tidak bisa melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, 2. Pasien tampak pucat, 3. Hemoglobin menurun : 6,7 gr% (10,8-15,6 gr%). <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan terkait usia dan perkembangan.

	10.35	2. Mengajukan pasien mengajukan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami.
	10.45	3. Menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan.
	11.00	4. Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat.
	11.10	5. Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan.
	11.15	6. Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat.
	11.20	7. Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien.
		8. Membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.
	13.30	<p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan cepat merasa lemas saat bergerak, 2. Tidak bisa melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik. 3. Semua ADLs dibantu keluarga dan perawat, 4. Pasien tampak pucat, 5. Hemoglobin menurun : 6,7 gr% (10,8-15,6 gr%).



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp : (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256, Email : poltekkeskupang@yahoo.com



**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS**

NAMA MAHASISWA : KARLUS KIIK

NIM : PO. 530320116339

NAMA PEMBIMBING : Era Dorihi Kale, Ns, M.Kep., Sp. Kep. MB

NIP : 1977710211999032001

NO.	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	03 Juni 2019	Konsultasi awal BAB 1, 2 dan 3 : 1. BAB 1 : Revisi Latar belakang, Penyusunan kalimat dan perhatikan penulisan kata serta tanda baca yang benar 2. BAB 2 dan 3: Revisi : Perhatikan penulisan kata, kalimat dan tanda baca yang benar	
2.	07 Juni 2019	Konsultasi awal BAB 4 dan Revisi BAB 1, 2 dan 3 : 1. BAB 1 : Revisi latar belakang, Penyusunan kalimat dan perhatikan penulisan kata serta tanda baca yang benar 2. BAB 2 dan 3: Revisi : Perhatikan penulisan kata, kalimat dan tanda baca yang benar 3. BAB 4 : Revisi : Kesimpulan disingkat saja	

3.	10 Juni 2019 (Pagi)	Revisi BAB 1, 2, 3 dan 4 : Penyusunan kalimat dan perhatikan penulisan kata serta tanda baca yang benar Revisi : Kesimpulan disingkat saja, Daftar Konsultasi awal Cover depan s/d daftar isi dan abstrak	
4.	10 Juni 2019 (Sore)	BAB 1, 2, dan 4 ACC Revisi cover depan s/d daftar isi, Abstrak dan Daftar pustaka Serahkan makalah ke dosen penguji 1 Siap diri untuk ujian sidang	
5.	13 Juni 2019	Ujian sidang (Ada revisi)	
6	17 Juni 2019	Revisi BAB 3 cover depan s/d daftar isi, abstrak dan daftar pustaka.	
7.	19 Juni 2019	Revisi abstrak dan daftar pustaka.	
